



Manual de Atenção às Mulheres na Transição Menopausal e Menopausa

— Versão preliminar —





Manual de Atenção às Mulheres na Transição Menopausal e Menopausa

— Versão preliminar —



DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsmis.saude.gov.br>.

1ª edição - 2026 - versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral
Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres
Esplanada dos Ministérios, bloco O, 6º andar
CEP: 70052-900
Brasília/DF
Site: aps.saude.gov.br
Tel.: (61) 3315-9155/9153
E-mail: dgc@saude.gov.br

Ministro de Estado da Saúde
Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretária de Atenção Primária à Saúde:
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Edição-geral:
Karina Correa Wengerkievicz
Mariana Seabra Souza Pereira

Revisão geral:
Aline Gonçalves Pereira
Mariana Percia Name de Souza Franco

Colaboração:
Ale Mujica
Aline Evangelista Santiago
Amanda Simões
Ana Lucia Pontes
Andrea Cronemberger Rufino
Carla Vinhal
Carolina Sales Vieira Macedo
Danielle Nogueira Ramos
Daniel Miele Amado
Daniel Rocha Huffel
Edmund Chada Baracat
Eliana Aguiar Petri Nahas
Elizabeth Alves Gonçalves Ferreira
Erika Cardozo Pereira
Francine Julian Oliveira Campos
Gabriela Fuster Barbosa
Helena Hachul de Campos
Igor Gabriel de Brito Liberato
Isabela Judith Martins Bensenor
Jaime Kulak Junior
Jerlianne Ribeiro de Oliveira
Jéssica Monique Bellini
Jorge Milhem Haddad
José Maria Soares Junior
Julia Miller da Fonseca Baldini
Juliana Gajj Levrá de Jesus
Jussara Maria Valentim Cavalcante Nunes

Laura Virgili Claro
Leonardo Sérgio Luz
Luanna Moura Estanislau
Lucia Helena Simoes Da Costa Paiva
Luciana Vitorino
Luciano De Melo Pompei
Luis Guillermo Bahamondes
Luiz Francisco Cintra Baccaro
Marair Gracio Ferreira Sartori
Marcela Vieira
Marcelo Luis Steiner
Márcio Alexandre Hipólito Rodrigues
Maria Beatriz Kneipp Dias
Maria Celeste Osório Wender
Maria Célia Mendes
Mariliza Henrique da Silva
Mayra Aragón
Mona Lucia Dall'Agno
Nathalia Oliveira da Silva
Patrícia Constante Jaime
Paulo Roberto Sousa Rocha
Priscilla Rayanne e Silva Noll
Rita de Cássia de Maio Dardes
Rodolfo Strufaldi
Rodrigo Daminello Raimundo
Rossana Pulcineli Vieira Francisco
Roseli Mieko Yamamoto Nomura
Silvia Vanessa Lourenço
Susane Lindinalva da Silva
Suyanne Camille Caldeira Monteiro
Thais Machado Dias
Theo Lerner
Úrsula Maschette Santos

Coordenação:
Brunely da Silva Galvão
Elaine Aparecida Lopes Garcia
Halana Faria de Aguiar Andrezo
Isabel Cristina Esposito Sorpreso
Lia Cruz Vaz da Costa Damásio
Maria Teresa Rossetti Massari
Marisa Ferreira Da Silva Lima

*Projeto gráfico, ilustrações,
infográficos e capa:*
Bia Fioretti

Diagramação:
Bia Fioretti
Isac Santos

Coordenação editorial:
Claudia de Amorim Souto
Júlio César de Carvalho e Silva

Apresentação

A transição para menopausa e a pós menopausa são períodos da vida da mulher longeva que constituem etapas fisiológicas e naturais durante o curso de vida. Fases marcadas por transições biológicas, psicológicas, sociais e sexuais que exigem do profissional de saúde que atua na atenção primária à saúde uma abordagem integral, contínua e livre de estigmas. Historicamente compreendido sob uma ótica predominantemente somática “patologizante”, denominada climatério – *KLIMACTER* – período crítico, este período foi ressignificado à luz de evidências científicas contemporâneas, que o reconhecem como uma fase fisiológica, “uma travessia”, para o envelhecer bem como diversa em suas manifestações e experiências individuais de cada pessoa que vivencia.

No contexto do envelhecimento populacional e do aumento da expectativa de vida feminina, a Atenção Primária à Saúde assume papel central como primeiro contato, acesso no Sistema único de Saúde sendo porta de entrada preferencial com espaço privilegiado para o acolhimento, a escuta qualificada, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o manejo clínico longitudinal, continuidade no processo do cuidado e sua coordenação considerando a singularidade de cada pessoa e contexto multiprofissional.

Assim, este Manual foi elaborado com o objetivo de apoiar profissionais da Atenção Primária à Saúde no cuidado às mulheres durante a transição menopausal e a pós-menopausa, incorporando atualizações conceituais, terminológicas e clínicas alinhadas às diretrizes nacionais e internacionais. Propõe-se uma abordagem baseada em evidências, centrada na pessoa, que valoriza intervenções não farmacológicas, o uso criterioso de terapias medicamentosas e o trabalho multiprofissional.

Ao reconhecer a transição menopausal e a pós-menopausa como uma experiência plural, este Manual reafirma o compromisso com a equidade, a inclusão e o respeito à diversidade, considerando as desigualdades sociais, culturais e de acesso aos serviços de saúde que transversalmente integram a assistência em seus diferentes níveis.

Esperamos que este material seja uma ferramenta útil para a prática clínica cotidiana, estimulando reflexões, qualificando condutas e fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde na construção de um cuidado humanizado, resolutivo e integral às mulheres em todas as fases.

SUMÁRIO

Abreviações	06
-------------	----

Políticas Públicas, Cuidado Integral com Justiça e Diversidade

1	Atenção Integral à Saúde das Mulheres na transição para menopausa e pós menopausa	13
	Equidade das Populações	35
3.	Humanização e Ética na Atenção à Saúde das Mulheres na Transição para Menopausa e Pós-Menopausa	81

Dimensões do Cuidado

4.	Aspectos Psicossociais da Mulher na Menopausa	92
5.	Fisiologia e Manifestações clínicas em curto, médio e longo prazo	101
6.	Abordagem Clínica	118
7.	Prevenção e Promoção da Saúde das mulheres na transição para a Menopausa e Pós-Menopausa	140
8.	Sexualidade e Menopausa	188

Autocuidado e Prevenção em Saúde

9.	Saúde Reprodutiva das Mulheres na Perimenopausa	209
10.	Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids	226
11.	Síndrome Genitourinária da Menopausa	248
12.	Condições Crônicas Não Transmissíveis de maior prevalência na Transição para Menopausa e Pós Menopausa	276

Cuidados e Vigilância

13. Câncer na transição para menopausa e pós menopausa	300
14. Prevenção de Fratura na Pós-Menopausa	341
15. Opções Terapêuticas à Saúde das Mulheres na transição para menopausa e pós menopausa	367
Referências Bibliográficas	404

Versão preliminar

Versão preliminar

Abreviações e Siglas

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRASSO - Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo

ANMIGA - Articulação Nacional das Mulheres Indígenas Guerreiras da Ancestralidade

AOS - Apneia Obstrutiva do Sono

APS - Atenção Primária à Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

Cad Único - Cadastro Único para Programas Sociais

CIDH - Comissão Interamericana de Direitos Humanos

CNS - Cartão Nacional de Saúde

CV - Cardiovascular

DCV - Doença Cardiovascular

DIU - Dispositivo intrauterino

DMO - Densidade mineral óssea

DP - Desvio padrão

DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

eAPP - Equipes de Atenção Primária Prisional

eCR - Equipes de Consultório na Rua

eMult - equipe Multiprofissional

eSF - equipe da Estratégia Saúde da Família

EPS - Educação Permanente em Saúde

ERs - Receptores de estrogênio

ESF - Estratégia Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

EPS - Educação Popular em Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FSH – Hormônio Folículo-Estimulante

GABA - Ácido gama aminobutírico

GH - Hormônio de crescimento

GnRH - hormônio liberador de gonadotrofinas

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HHO - eixo hipotálamo hipófise ovariano

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IMC - Índice de Massa Corporal

IP - Inibidores da Protease

IRSN - Inibidores da recaptação da serotonina-norepinefrina

ISRS - Inibidores seletivos da recaptação da serotonina

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

LH - hormônio luteinizante

MCCP - Método Clínico Centrado na Pessoa

MS - Ministério da Saúde

NHS - *National Health System* (Sistema Nacional de Saúde - tradução livre)

OB - Osteoblastos

OBPopRua - Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua

OC - Osteoclastos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG - Organizações Não-Governamentais

ONU - Organização das Nações Unidas

PCDT - Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas

PGs - Progestagênios

PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PM – Pós-Menopausa

PMF - Plantas Medicinais e Fitoterápicos

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres

PNEPS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

PNPMF - Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

PNSI LGBT - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PTH - Hormônio paratireóide

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SAD - Serviços de Atenção Domiciliar

SASI-SUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SBEM - Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

SBM - Sociedade Brasileira de Mastologia

SBPC - Sociedade Brasileira de Patologia Clínica

SGUM - Síndrome Genitourinária da Menopausa

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SNC - Sistema Nervoso Central

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

STRAW – *Stages of Reproductive Aging Workshop*

SWAN - *Study of Women's Health Across the Nation* (Estudo sobre a saúde da mulher em todo o país - tradução livre)

SVM - Sintomas Vasomotores

Tarv - Terapia Antirretroviral

TCI - Terapia Comunitária Integrativa

TDF - Tenofovir Disoproxil Fumarato

TEV - Tromboembolismo Venoso

TH - Terapia Hormonal

THM - Terapia Hormonal da Menopausa

TM – Transição para a Menopausa

UPM – Último Período Menstrual

POLÍTICA PÚBLICAS, CUIDADO INTEGRAL COM JUSTIÇA E DIVERSIDADE



1. Atenção Integral à Saúde das Mulheres na transição para menopausa e pós menopausa

“Não dá para apagar os sinais do tempo, claro. Mas, escolher se
cuidar do jeito que faz sentido para você também vale.”

(Cora Coralina)

Evolução das Políticas para as Mulheres na transição para Menopausa, Menopausa e Pós-Menopausa

As mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Conformam, portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde, especialmente porque as históricas desigualdades de poder entre mulheres e homens implicam em forte impacto nas condições de saúde das mulheres. Associadas às questões referentes às relações sociais de gênero, outras variáveis como raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade, aprofundam ainda mais as desigualdades vividas pelas mulheres, exigindo do SUS cada vez mais o olhar para este segmento da população. (BRASIL, 2013).

O climatério, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1998; 2010), é uma fase biológica da vida da mulher — e não uma condição patológica — que marca a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo. Tradicionalmente, essa fase abrange mulheres entre 40 e 65 anos. O termo, que tem origem no grego e significa “período crítico”, tem sido progressivamente substituído na literatura científica por trazer uma conotação negativa e por englobar mulheres com características físicas, emocionais, sociais, psicológicas e sexuais bastante diversas, em diferentes estágios biológicos. Neste manual, utilizaremos preferencialmente os termos “transição para a menopausa”, “menopausa” e “pós-menopausa”. No entanto, o termo “climatério” ainda será mencionado no início deste capítulo, por estar historicamente associado à formulação e evolução das políticas públicas voltadas às mulheres nesse período de transição.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais no início do século XX e a atenção à saúde desse grupo populacional vem seguindo um processo de evolução ao longo dos anos.

1980

Na década de 1980 ocorreu o lançamento do documento **“Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”**, que serviu de apoio para o **Programa de Assistência Integral à Saúde**

1994

da Mulher, o PAISM, elaborado pelo Ministério da Saúde em **1983 e publicado em 1984**. Esse programa é considerado uma experiência concreta de inserção e incorporação do gênero nas políticas de saúde com foco na dimensão social (OLIVEIRA, 2023). Incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde da mulher, com ênfase em aspectos da saúde reprodutiva, mas com propostas de ações dirigidas à atenção integral da população feminina, nas suas necessidades prioritárias, inclusive na atenção ao climatério, contemplando uma abordagem geracional da mulher em todas as fases da vida.

Dentro dessa perspectiva passaram a ser desenvolvidas, em diversos estados da federação, atividades de capacitação em atenção integral à saúde da mulher e em alguns deles, ações de saúde específicas direcionadas às mulheres na transição para menopausa e pós menopausa. Nesse contexto, em 1994, foi lançada pelo Ministério da Saúde a **Norma de Assistência ao Climatério**.

1999

Em 1999, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde incorporou no seu planejamento a **atenção à saúde da mulher acima de 50 anos**. No entanto, nenhuma ação específica foi implementada naquela oportunidade. Um balanço institucional realizado em 2002 apontou, entre outras, esta lacuna, considerando necessário superá-la.

2003

Em 2003, foram iniciadas ações de saúde **voltadas para as mulheres** na transição para menopausa, menopausa e pós-menopausa com inclusão de um capítulo específico sobre esse tema no documento **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. No que se refere ao tema, o objetivo proposto pelo Plano de Ação da política nacional é implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério, em nível nacional, que é detalhado na estratégia de ampliar o acesso e qualificar a atenção com ações e indicadores definidos (BRASIL, 2011).

2008

Em 2008, o **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa** elaborado pela Área Técnica da Saúde da Mulher, reforçou os objetivos da Política Nacional quanto à atenção na transição para

menopausa, menopausa e pós-menopausa e ressaltou o acolhimento, o vínculo e a ética nas relações entre profissionais e mulheres. Diante das transformações oriundas desse período de transição, os aspectos emocionais e psicológicos exigem cuidados específicos com base na humanização do atendimento (BRASIL, 2008).

A **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – PNAISM, publicada em 2004 atualizada em 2011**, traz um conjunto de diretrizes e objetivos que busca oferecer cuidados completos para a saúde das mulheres, promovendo a autonomia. Busca fortalecer ações de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde, em um sistema de saúde organizado, com diferentes serviços que atendam as mulheres em todas as fases da vida, incluindo a transição para menopausa, menopausa e pós-menopausa (BRASIL, 2011).

2011

A edição vigente da PNAISM é a de 2011, disponível no link https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf e que faz parte do Plano Plurianual da União para 2024 a 2027.

2013
2015

Em 2013, foi publicado o **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) 2013-2015**, como um marco no processo de consolidação e amadurecimento das políticas para as mulheres. O PNPM reafirma os princípios orientadores da Política Nacional para as Mulheres:

- Autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida;
- Busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos;
- Respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação;
- Caráter laico do Estado;
- Universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado;
- Participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas;

- Transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas (BRASIL, 2013).

Para subsidiar atividades de Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM 2013-2015, tendo como referência as prioridades definidas, foi publicado um instrumento para identificar os resultados das atividades em relação aos objetivos propostos, assim como contribuir para reflexões sobre as estratégias inicialmente planejadas. Para avaliar a implantação e implementação da atenção à saúde das mulheres na transição para menopausa, menopausa e pós-menopausa, foram propostos os seguintes indicadores por raça/cor/etnia e idade:

- Prevalência de mulheres fazendo terapia de reposição hormonal e terapias complementares;
- Existência de programas para qualificação dos profissionais de Atenção Primária à Saúde para atenção às mulheres no climatério e respectivos conteúdos;
- Existência de grupos de informação sobre a temática nas unidades de saúde;
- Tipos de demandas de mulheres no climatério (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2016).

Em 2016, o Ministério da Saúde (MS) publicou o **Caderno de Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres** e afirma a necessidade de avanços no cuidado integral desse público, propondo uma abordagem humanizada das mulheres no período de transição para menopausa, menopausa e pós-menopausa. Aponta para a necessidade de cuidados pautados em princípios éticos aliados a competências relacionais, aconselhamentos, orientações e educação para a saúde, com vistas a melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2016).

O objetivo principal da PNAISM é integrar as mulheres no meio social, político e comunitário. Ela pretende fortalecer ações de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde. Para isso, é importante ter um sistema de saúde organizado, com diferentes serviços que atendam as mulheres em todas as fases da vida. A atenção

primária à saúde é fundamental, pois é o ponto de partida para acessar outros serviços de saúde e garantir a continuidade do cuidado.

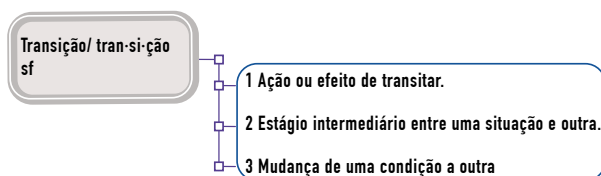
A PNAISM vai além do cuidado apenas durante a gravidez e maternidade, reconhecendo que a saúde da mulher não se resume a esses papéis. A política busca ver as mulheres como cidadãs com diversos direitos e garantir um cuidado completo e inclusivo.

Portanto, verifica-se que muitas conquistas foram obtidas no modelo de atenção à saúde da mulher. Entretanto, ainda existem desafios no que diz respeito à assistência às mulheres na transição para menopausa, menopausa e pós-menopausa. Há escassez de estudos que abordem a interface entre aspectos ginecológicos, psicológicos, psiquiátricos, e gerontológicos, a fim de orientar abordagens terapêuticas sistêmicas e integradas (LUZ; FRUTUOSO, 2021).

A substituição do termo “climatério” por “transição para a menopausa”, “perimenopausa”, “menopausa” e “pós-menopausa” alinha a linguagem utilizada na prática clínica com as diretrizes internacionais, evitando ambiguidades e permitindo uma abordagem mais personalizada do cuidado. As políticas de saúde para mulheres nesta fase da vida estão em constante evolução, buscando integrar cuidado multiprofissional, prevenção e tratamento baseado em evidência. A implementação de programas específicos e a adequação da terminologia são passos essenciais para garantir um atendimento eficaz e humanizado no SUS.

A implementação de Políticas Públicas efetivas e seu devido monitoramento são elementos essenciais para a garantia do atendimento à saúde da mulher na transição para menopausa, menopausa e pós-menopausa. Esse é um período da vida em que a mulher apresenta uma maior vulnerabilidade, com aumento da incidência de doenças crônicas, câncer ginecológico, osteoporose, transtornos depressivos, entre outros. Portanto, as recomendações de atenção na transição para menopausa, menopausa, e pós-menopausa devem incluir mecanismos que assegurem o acesso e o acolhimento adequados às mulheres, tratamento seguro embasado em evidências científicas fortes, considerando a integralidade do cuidado, em atendimento por equipe multiprofissional.

Terminologias e Definições da Transição Reprodutiva Feminina: da menacme à pós-menopausa



Transição é um substantivo feminino que expressa a ação de transitar, a mudança de uma condição para outra ou um estágio intermediário entre duas situações. No contexto da saúde da mulher, os aspectos físicos, emocionais, sociais, culturais, psicológicos, sexuais e biológicos que marcam a passagem do período reprodutivo para o não reprodutivo são representados por diferentes termos, nomenclaturas e conceitos. Neste manual de atenção primária à saúde da mulher, como citado anteriormente, adotaremos as terminologias **transição para a menopausa**, **menopausa** e **pós-menopausa**, conforme descritas por diversas sociedades científicas no Brasil e no mundo (SOULES ET AL., 2001; HARLOW ET AL., 2012; MONTELEONE ET AL., 2018). Assim, neste texto trataremos os conceitos de cada uma.

Em 2001, com a realização do simpósio **Stages of Reproductive Aging Workshop** (STRAW) (SOULES et al., 2001), foi proposto um sistema de classificação dos estágios reprodutivos e não reprodutivos da mulher, baseado no estadiamento clínico, nas mudanças do ciclo menstrual, nos padrões anatômicos e na identificação do envelhecimento ovariano. Desde então, essa classificação tem sido amplamente adotada na literatura científica. (SOULES ET AL., 2001; HARLOW ET AL., 2012; MONTELEONE ET AL., 2018). Assim, entende-se por:

Transição para menopausa (TM)

A transição para a menopausa é o período que antecede o último ciclo menstrual, conhecido como marco zero ou marco menopáusico. Corresponde à fase final do período reprodutivo da mulher, sendo caracterizada por alterações no ciclo menstrual, insuficiência ovariana fisiológica, progressiva e permanente, além do surgimento dos sintomas característicos. Essa fase pode ser subdividida em:



A **fase precoce da transição menopausal** é definida por alteração dos ciclos menstruais anteriormente regulares ≥ 7 dias ou ausência de alguns ciclos. Durante esse período os níveis de estrogênios são flutuantes e os ciclos são geralmente ovulatórios, assim como os níveis do hormônio folículo estimulante (FSH), mas com tendência a elevação desse último. Os sintomas, principalmente os vasomotores (SVM), são geralmente leves e não requerem tratamento. Entretanto na **fase tardia da transição menopausal** observa-se maior intervalo dos ciclos menstruais (períodos sem ciclos menstruais de até 60 dias), os níveis de FSH geralmente estão acima de 25 UI/L e com provável presença de sintomas vasomotores (DAVIS, 2015; HARLOW ET AL.). A perimenopausa, inclui a transição menopausal e finaliza após 12 meses consecutivos de ausência de menstruação (HARLOW ET AL., 2012).

Na APS, a dosagem laboratorial do FSH é realizada apenas quando necessário, entre o segundo e o quinto dia do ciclo menstrual, e em situações específicas, como: investigação de sangramento uterino anormal antes dos 40-45 anos, desejo de engravidar ou diagnóstico diferencial de sintomas vasomotores.

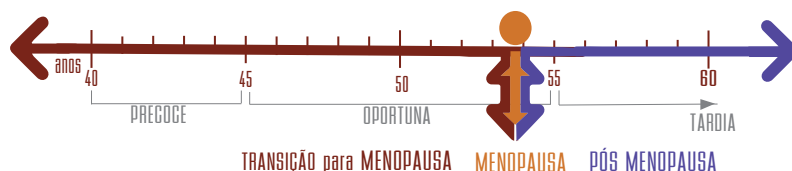
Perimenopausa, é a terminologia que engloba a transição para menopausa tardia, associada ao surgimento dos sintomas menopáusicos (3-4 anos antes do último período menstrual), inclui o UPM e mais os 12 meses consecutivos de ausência de menstruação (menopausa) (SOULES ET AL., 2001; HARLOW ET AL., 2012; MONTELEONE ET AL., 2018).

Marco da menopausa, em 1998, a OMS definiu o termo “menopausa” como a cessação permanente da menstruação, resultante da insuficiência da atividade

folicular ovariana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998). A diminuição fisiológica da função dos ovários, com esgotamento dos folículos primordiais ovarianos – reserva ovariana –, segue com diminuição progressiva de estradiol ovariano, podendo ser acompanhado por sintomas somáticos, modificações endócrinas e psíquicas (SOULES ET AL., 2001; HARLOW ET AL., 2012; MONTELEONE ET AL., 2018).

A menopausa não é um período, mas sim um evento que marca a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo da mulher. Corresponde ao último ciclo menstrual da vida reprodutiva, geralmente após os 40 anos, e deve ser compreendida como uma ocorrência fisiológica, sem causa patológica. **O diagnóstico da menopausa é retrospectivo, sendo confirmado apenas após 12 meses consecutivos de ausência de menstruação. Trata-se do resultado da insuficiência ovariana fisiológica, progressiva e permanente** (SOULES ET AL., 2001; HARLOW ET AL., 2012; MONTELEONE ET AL., 2018).

A idade da ocorrência da menopausa pode ser considerada (FEBRASGO, 2010; TODOROVA ET AL., 2023):



- **Oportuna:** idade da menopausa fisiológica considerada normal entre os 45 a 55 anos;
- **Tardia:** a ocorrência da idade da menopausa a partir de 56 anos;
- **Precoce:** a ocorrência da idade da menopausa entre 40 e 44 anos;
- **Prematura:** a ocorrência da idade da menopausa antes dos 40 anos associada a parada da função ovariana com possibilidade de gravidez, apesar de rara.

A idade de ocorrência da menopausa varia entre diferentes regiões geográficas, sendo influenciada por fatores genéticos, socioeconômicos, raciais/étnicos, hábitos de vida e condições individuais, como histórico de cirurgias abdominais,

neoplasias, radioterapia pélvica, quimioterapia e doenças autoimunes (FEBRASGO, 2010; MARTINELLI et al., 2020; BAGNOLI et al., 2014).

No Brasil, a média etária da menopausa situa-se entre 48 e 50 anos (LUI FILHO et al., 2015). Em estudo realizado na cidade de Rio Branco (AC), foi observada uma média de 47,3 anos ($\pm 5,2$) (LUI FILHO et al., 2015). Já em São Paulo, a média etária encontrada foi entre 48 e 49 anos (ESPOSITO SORPRESO et al., 2012; LUI FILHO et al., 2015). Na cidade de Campinas (SP), outro estudo identificou uma média de 50 anos (LUI FILHO et al., 2015).

A **Pós-menopausa**, inicia-se a partir do último período menstrual e se estende por toda a vida da mulher, até o fim da expectativa de vida. Essa fase é marcada pela ausência definitiva da menstruação e pelo hipoestrogenismo. Os sintomas da menopausa, como ondas de calor (fogachos), suor excessivo, alterações de humor e distúrbios do sono, podem persistir, variando em intensidade conforme cada mulher.

A pós-menopausa tardia, representada pelo envelhecimento somático, necessita de relevante atenção pela presença de outros sintomas em diferentes órgãos e sistemas, relacionados ao hipoestrogenismo prolongado, sendo os mais comumente relatados a Síndrome Geniturinária da Menopausa, disfunção sexual, disfunção de memória e cognição, bem como o agravamento ou aumento do risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como a doença cardiovascular, a osteoporose, entre outros.

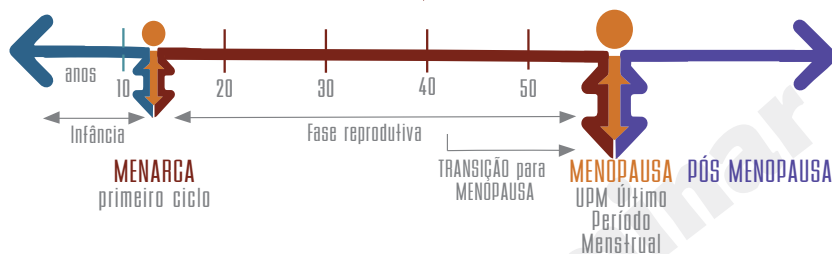
Siglas:

FSH	Hormônio Folículo-Estimulante
STRAW	Stages of Reproductive Aging Workshop
TM	Transição para a Menopausa
PM	Pós-Menopausa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PM	Último Período Menstrual

FASE	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Período Reprodutivo				Transição menopausal				Pós-menopausa		
	precoce	máxima	tardio	tardio	Precoce	tardio	precoce		tardio	
				Perimenopausa						
Duração	Variável			1-3 anos			1 ano	1 ano	3-6 anos	Até o fim da vida
Principal Critério										
Ciclo Menstrual	Variável a regular	Regular	Regular	Mudança sutil	Duração variável	>60 dias alteração no ciclo				
Critérios de Suporte										
FSH	Baixo		Variável	Aumento variável	>25 U/L	Aumento variável		Estabiliza		
HAM		Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo		Muito baixo		
Inibina-B		Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo		Muito baixo		
Folículos antrais contagem (2 a 10 mm)		Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Muito baixo		Muito baixo		
Características Descritivas										
Sintomas					Ondas de calor são prováveis	Ondas de calor muito prováveis		Atrofia genital		

Fonte: adaptado de Harlow et al. (2012) e Febrasgo (2019).

Linha de Cuidado à Saúde na Menopausa: Integralidade, Intersektorialidade e Equidade



“É preciso pensar um conceito de saúde capaz de contemplar e integrar nossa capacidade de administrar de forma autônoma esta margem de risco, de tensão, de infidelidade, e por que não dizer, de mal-estar, com que invariavelmente devemos conviver” (CAPONI, 2003, p. 56).

A menopausa é um fenômeno fisiológico assim como a menarca e acontecerá eventualmente a todas as pessoas com ovários funcionantes. Embora integre o processo normal do envelhecimento, representa um marco determinante na vida de muitas mulheres e pessoas com útero, podendo ter diversos impactos, positivos e negativos, na qualidade de vida e nas interações sociais. A forma como cada pessoa experimenta esta transição varia amplamente a depender de diversos fatores biológicos, econômicos e sociais, impactando em maior ou menor grau as atividades de vida diária.

No entanto, no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil, ainda persiste um desafio importante: garantir uma linha de cuidado que atenda de forma integral e equânime às necessidades das mulheres atravessando esse período, reconhecendo suas múltiplas dimensões e atravessamentos sociais. No Sistema Único de Saúde (SUS), a construção de linhas de cuidado é uma estratégia de organização da atenção em saúde de forma contínua, integrada, centrada na pessoa e baseada no território (BRASIL, 2011).

O cuidado não pode ser reduzido a atos técnicos isolados, mas deve ser concebido como uma prática relacional, contextual e ética, capaz de considerar os determinantes sociais da saúde, os sentidos atribuídos ao processo de adoecimento e os vínculos estabelecidos entre profissionais e usuárias/os. Assim, as linhas de cuidado expressam também uma forma de reorganizar o trabalho em saúde de maneira mais humanizada, corresponsável e territorializada (AYRES, 2004). Além disso, a noção de linha de cuidado incorpora os princípios da equidade e da intersetorialidade, fundamentais para lidar com as desigualdades estruturais que atravessam o acesso, a qualidade e os resultados da atenção em saúde, especialmente entre grupos vulnerabilizados.

Linha de cuidado: compreendida como uma estratégia organizativa das redes de atenção à saúde que visa garantir continuidade, integralidade e coordenação do cuidado ao longo do tempo e dos diferentes pontos de atenção, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a partir das necessidades singulares dos sujeitos e populações.

A menopausa como experiência, e não como patologia

Historicamente, a menopausa foi tratada sob um viés patologizante e reducionista, muitas vezes medicalizada como um conjunto de deficiências hormonais. Essa perspectiva ignora o contexto psicossocial e cultural das mulheres e contribui para reforçar estigmas relacionados ao envelhecimento. **É fundamental que profissionais de saúde estejam capacitados para acolher essas experiências de forma humanizada, compreendendo que a vivência da menopausa é atravessada por gênero, história de vida, condições socioeconômicas e redes de apoio.**

A Atenção Primária como coordenadora do cuidado

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel central na coordenação do cuidado. É nela que se realiza o primeiro contato com as pessoas passando pela transição para a menopausa ou, na maioria das vezes, a continuidade do seu cuidado por meio da escuta qualificada, vínculo e acompanhamento longitudinal (BRASIL, 2013). Cabe às equipes de saúde da família, a partir de escuta ativa, iden-

tificar sinais e sintomas associados a essa fase — como fogachos, alterações de humor, insônia e secura vaginal — e oferecer orientações sobre autocuidado, implementar terapêuticas quando indicadas, além de encaminhar para atenção especializada sempre que necessário. Esse é também um momento propício para avaliação integral da saúde: atualização do rastreamento do câncer de colo do útero e de mama, monitoramento de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e osteoporose, e ações de educação em saúde voltadas à alimentação adequada, atividade física, saúde mental e sexualidade (BRASIL, 2013).



Também é papel de profissionais atuando na APS contribuir para o “empoderamento” de pacientes. A OMS define o “empoderamento” como um processo ativo de aquisição de conhecimento, confiança e autodeterminação para autogerir a saúde e tomar decisões informadas sobre os cuidados. Em vez de nos concentrarmos na menopausa como uma deficiência endócrina, propomos um modelo de empoderamento que reconhece os fatores que modificam a experiência individual, no qual a paciente é especialista na sua própria condição e o profissional de saúde apoia a paciente e faz com ela uma parceria na gestão dos seus próprios cuidados (HICKEY et al., 2024).

Intersetorialidade: Saúde, cidadania e justiça social

Uma linha de cuidado efetiva para mulheres na transição para a menopausa e pós menopausa exige articulação intersetorial, já que muitos dos determinantes que impactam a saúde nessa fase não pertencem exclusivamente ao setor saúde. O cuidado integral pressupõe o diálogo entre políticas públicas e serviços sociais:

- **Assistência Social:** articulação com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para mulheres em situação de vulnerabilidade social, violência ou abandono (BRASIL, 2004).
- **Educação e Cultura:** inserção de ações de educação em saúde que discutam envelhecimento, sexualidade e autocuidado em escolas, centros comunitários e espaços culturais.
- **Trabalho e Previdência:** acompanhamento de mulheres que enfrentam dificuldades no trabalho por conta de sintomas da menopausa, com apoio em processos de afastamento, readaptação e aposentadoria quando necessário.
- **Direitos Humanos:** encaminhamento e articulação com a rede de enfrentamento à violência contra a mulher, especialmente em casos de violência psicológica, patrimonial ou negligência durante o envelhecimento (BRASIL, 2015).

A intersetorialidade permite que o cuidado na menopausa não se restrinja ao manejo clínico de sintomas, e sim envolva a promoção da dignidade, do pertencimento e da autonomia.

Equidade de gênero, raça, classe e diversidade



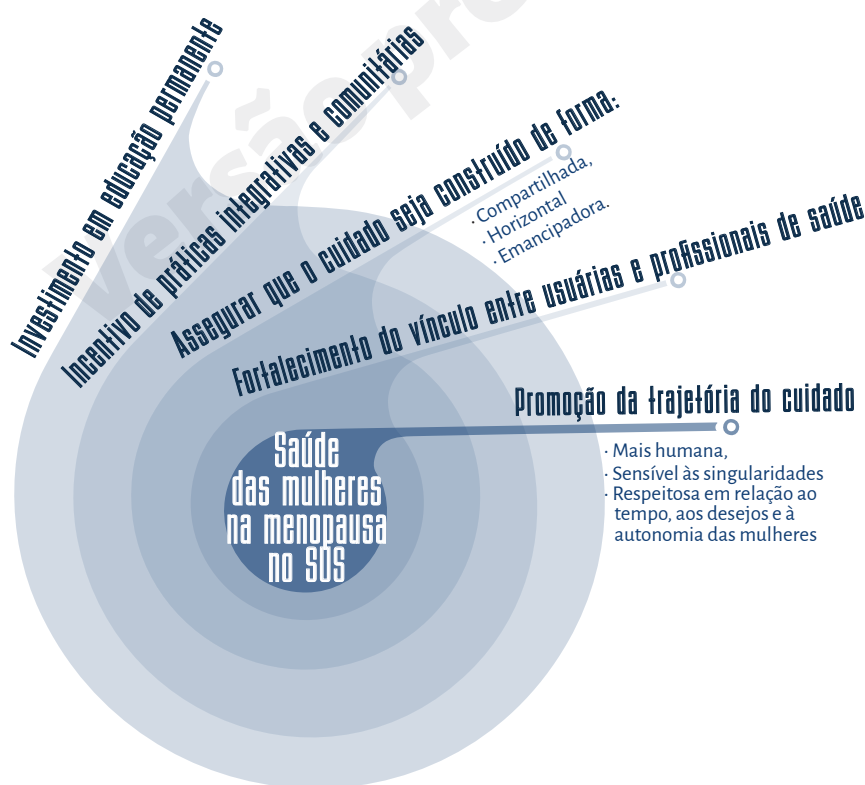
A transição para menopausa e pós menopausa não é vivida da mesma forma por todas as pessoas. As desigualdades estruturais de raça, classe, território e identidade de gênero impactam profundamente o acesso à saúde, o reconhecimento das queixas e a qualidade do cuidado oferecido (AKOTIRENE, 2019). **Mulheres negras, indígenas, quilombolas, ribeirinhas e periféricas têm maior risco de adoecimento e menor acesso a serviços especializados. Pessoas com identidade de gênero diversa em processo de envelhecimento também enfrentam invisibilidade institucional e exclusão do cuidado.**

Nesse sentido, a linha de cuidado deve ser construída a partir de uma perspectiva interseccional e antidiscriminatória, promovendo a escuta ativa e o respeito à diversidade de corpos, trajetórias e subjetividades. Incorporar o conceito ampliado de saúde significa considerar o impacto das relações de

gênero, da violência, do racismo estrutural e da exclusão econômica nas condições de saúde na transição para menopausa e pós menopausa.

Cuidado como vínculo

Construir uma linha de cuidado à saúde das mulheres na menopausa no SUS é um compromisso com a saúde integral ao longo da vida. Trata-se também de promover trajetórias de cuidado mais humanas, sensíveis às singularidades e respeitosas em relação ao tempo, aos desejos e à autonomia das mulheres. Para isso, é fundamental fortalecer o vínculo entre usuárias e profissionais de saúde, investir em educação permanente, incentivar práticas integrativas e comunitárias, e assegurar que o cuidado seja construído de forma compartilhada, horizontal e emancipadora.



Habilidades de Comunicação e Menopausa: como profissionais podem melhorar seu cuidado com boas práticas de comunicação

“Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que, em certas condições, precise falar a ele. O que jamais faz quem aprende a escutar para poder falar é falar impositivamente. Até quando, necessariamente, fala contraposições ou concepções do outro, fala com ele como sujeito da escuta de sua fala crítica e não como objeto de seu discurso” (FREIRE, 2023, p. 29).

Comumente interpretada do ponto de vista do declínio funcional e da deficiência hormonal, a menopausa costuma assumir significados negativos na vida das pessoas. Neste aspecto, tende a ser tratada como uma doença, entendimento que contribui para o uso excessivo de exames complementares e intervenções medicamentosas, nem sempre eficazes ou baseadas em evidências científicas de qualidade. Estudos científicos a respeito da menopausa são majoritariamente conduzidos em países de alta renda, com a maioria da diversidade advinda de subgrupos étnicos nesses países (HICKEY et al., 2022; HICKEY et al., 2024). Além disso, o que se estuda sobre menopausa não corresponde em sua maioria aos problemas que as mulheres gostariam que fossem abordados (HICKEY et al., 2022).

A menopausa acontece a todas as pessoas com ovários funcionantes. É reconhecido que essa população inclui algumas pessoas transmasculinas e outras diversidades de gênero. Este documento opta por eventualmente usar ‘pessoas’ ao invés de ‘mulheres’ na tentativa de maior acurácia e inclusão possível. No entanto, como a maioria dos trabalhos publicados referem-se as pessoas passando pela menopausa como ‘mulheres’ e não esclarecem como os resultados podem aplicar-se a necessidades específicas de pessoas com diversidade de gênero, também se utiliza ‘mulheres’ para evitar generalização inapropriada. Mais informação é necessária sobre a experiência da menopausa em pessoas transmasculinas e outras diversidades de gênero.

A ênfase dada na maioria dos atendimentos em saúde ao manejo dos sintomas da menopausa a partir de uma perspectiva individual e medicalizante faz com que as pessoas experienciando a menopausa não tenham suas dúvidas esclarecidas nem seus anseios acolhidos, além de alimentar as expectativas negativas relativas a esta fase de vida. Uma visão negativa sobre o envelhecimento reprodutivo das mulheres dominou a literatura médica por séculos, com o entendimento que a menopausa causa um “distúrbio nervoso” com múltiplas manifestações físicas e psicológicas. Segundo esta interpretação, “os ovários regulam a identidade das mulheres (feminilidade); e sua saúde física e mental dependem do balanço entre o excesso ou deficiência ovariana”.

Em uma publicação na *Feminine Forever*, 1988, o ginecologista Robert Wilson recomenda o uso de estrogênio para todas as mulheres menopausadas para tratar:

“sua séria doença, dolorosa e frequentemente incapacitante, e evitar a miséria incalculável do alcoolismo, dependência de drogas, divórcio e lares quebrados provocados por essas mulheres instáveis e famintas por estrogênio” (HICKEY et al., 2024, p. 949).

Estudos mais recentes têm apontado para um horizonte alternativo. Pesquisas indicam que muitas mulheres passando pelo processo da menopausa preferem não usar medicamentos, a não ser quando necessário. A maioria gostaria de receber informações de qualidade a respeito do que esperar nesta transição e como manejar sintomas indesejados. Entretanto, muitas se queixam de não serem ouvidas e não receberem aconselhamento adequado. Outros estudos têm demonstrado que expectativas negativas em relação à menopausa contribuem para uma pior experiência. Vários fatores têm sido relacionados a como as mulheres experienciam a menopausa, embora a literatura médica raramente discuta seus aspectos positivos. Além disso, há limitada evidência sobre a experiência da menopausa em pessoas não binárias e transgênero e em grupos de mulheres historicamente minorizadas (HICKEY et al., 2022).

O método clínico convencional, centrado na doença, simplifica excessivamente os problemas da condição de estar doente, além de tratar como doença todo e qualquer desvio da norma, de forma impessoal e analítica e descolada do meio social. Uma maneira de contornar esse problema é o uso do **método clínico centrado na pessoa (MCCP)**, modelo de abordagem que entende a doença como

a expressão de alguém com uma “natureza moral, uma vida interior e uma história de vida única”. Que admite que “a medicina é fortemente influenciada pela teoria do conhecimento dominante e por valores da sociedade” (STEWART et al., 2017).

A abordagem centrada na pessoa reconhece a complexidade dos contextos que envolvem tanto a pessoa atendida quanto a/o profissional de saúde. Parte do princípio de que os atendimentos são influenciados por valores, crenças e emoções de ambos, e que essas dimensões devem ser consideradas na construção do cuidado.

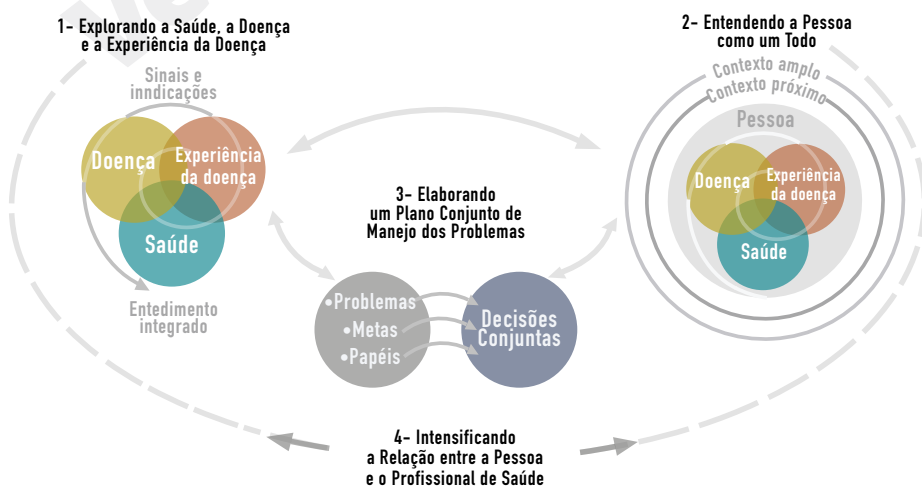
Dessa forma, uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa considera não apenas os aspectos biológicos da menopausa, mas também suas dimensões emocionais, familiares, profissionais e sociais. Valoriza a experiência individual de quem vivencia essa fase, sem pressupor que todas as mudanças sejam negativas. Além disso, prioriza a autonomia da mulher e respeita a diversidade étnica e cultural presente em cada trajetória.

Na figura-1, podemos encontrar um resumo do M CCP em seus quatro componentes, que estão assim distribuídos por questões didáticas, mas que são utilizados de maneira fluida em resposta às necessidades e preocupações da pessoa a cada encontro. A relação com a pessoa constrói-se num ir e vir que envolve diversos elementos, dentre os quais destacam-se:

- **Sentimentos** – tanto da pessoa quanto da/do profissional, podem influenciar positiva ou negativamente no vínculo, na comunicação e na construção do plano conjunto;
- **Poder** – entender que existe uma assimetria de poder inerente na relação entre a pessoa e a/o profissional é fundamental para assumir uma atitude ativa no sentido de não atuar de forma autoritária nem paternalista e não subestimar o saber que cada pessoa traz consigo, favorecendo assim a autonomia;
- **Transferência-contratransferência** – processos da relação interpessoal referentes a assuntos ocultos e inconscientes (como questões pessoais mal resolvidas, estresse e divergência de valores) que tanto a pessoa quanto a/o profissional trazem para o encontro. A autoconsciência e auto-observação durante o atendimento têm especial importância na prevenção de conflitos;

- **Empatia** – conceito complexo e multidimensional com componentes moral, cognitivo, emocional e comportamental que envolve a habilidade de reconhecer o sofrimento, de comunicar este reconhecimento e certificar seu entendimento e de atuar de forma terapêutica sobre o sofrimento (MERCER; REYNOLDS, 2002);
- **Confiança** – envolve o entendimento da pessoa não só da capacidade técnica da/do profissional como da sua intenção em utilizá-la para dar respostas adequadas a suas demandas;
- **Competência cultural** – não significa ser competente na “cultura dos outros”; pelo contrário, demanda da/do profissional reconhecimento do caráter relacional do processo saúde/doença/busca-de-cuidados; atenção ao caráter estrutural das desigualdades em saúde; abordagem de questões de poder, representatividade e discriminação; abertura à diversidade; autoconsciência da própria trajetória cultural e posição nas relações; autorreflexão e crítica sobre os encontros clínicos e seus efeitos; intervenções que reconheçam diferenças e necessidades especiais de cada caso (MÜLLER; LIMA; ORTEGA, 2023).

Figura 1 - O método clínico centrado na pessoa: quatro componentes interativos.
Fonte: Stewart et al (2017).



Para realmente favorecer uma experiência mais positiva da menopausa é preciso utilizar-se de informações balanceadas e baseadas em evidência sobre o

espectro de mudanças esperadas e sua duração, compreendendo a influência de fatores socioculturais. Oferecer uma abordagem integral, equânime e multiprofissional, compreendendo outros aspectos da saúde relativos a esta fase de vida. Alguns tópicos podem ser oportunamente abordados no processo de transição para menopausa, a saber, mas não se limitando a:

- Reprodução: o fim da capacidade reprodutiva pode ser encarado de diferentes formas a depender do contexto familiar e cultural. O que para algumas mulheres pode representar uma derrota, para outras pode significar a libertação do medo de gravidez ou da dependência do uso de métodos contraceptivos com efeitos indesejáveis e dos sintomas associados ao ciclo menstrual. Deve-se proceder avaliação cuidadosa do risco ou desejo de gravidez, especialmente na perimenopausa.
- Sexualidade: semelhante à capacidade reprodutiva, a sexualidade pode ser prejudicada ou favorecida pela menopausa. Fatores como amadurecimento psicológico e profissional, associados à diminuição da responsabilidade por filhas/filhos pequenos, podem incentivar o exercício da sexualidade. Por outro lado, dependência econômica, necessidade de cuidar de netas/netos pequenas/pequenos ou de familiares dependentes, conflitos conjugais, atividade sexual indesejada, violência, forte associação do ato sexual à reprodução e sua centralidade na penetração vaginal podem comprometer a satisfação com a sexualidade. Abordar e intervir em sintomas geniturinários, promover educação em sexualidade, desconstruir tabus, enfrentar a violência e oferecer aconselhamento na detecção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e rastreamento de câncer de colo de útero podem melhorar a qualidade e a expectativa de vida nesta fase.
- Envelhecimento: em especial nas culturas ocidentais, o envelhecimento é comumente lido do ponto de vista do declínio funcional, do aparecimento ou agravamento de doenças crônicas e da redução da “utilidade social”. Este entendimento afeta mais fortemente as mulheres, que ainda se deparam com o “fim da beleza”, muito atribuído à juventude. Algumas pessoas, entretanto, podem experimentar a “sabedoria”, o fim de algumas obrigações sociais e a oportunidade de engajar em atividades significativas e prazerosas. Condições econômicas influenciam profundamente este aspecto da vida. É importante identificar e intervir nas reduções de funcionalidade no sentido de garantir autonomia, bem como normalizar as mudanças corporais inerentes ao envelhecimento, de modo a não repro-

duzir discriminações e interdições. Incentivar comportamentos positivos de saúde, como alimentação balanceada e atividade física, além de oferecer rastreamento para doenças crônicas relevantes e câncer de mama e colorretal podem contribuir para a redução da morbimortalidade.

- Trabalho: na última Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílio (Pnad), de 2023, as mulheres representaram 43% dos trabalhadores ativos (IBGE, 2023). Ainda segundo o IBGE, há 30 milhões de mulheres passando pela perimenopausa e menopausa no Brasil. Embora não existam dados brasileiros, pesquisas nos EUA têm apontado impactos econômicos de cerca de 150 bilhões de dólares ao ano devido à perda de produtividade relacionada à menopausa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a população de mulheres na menopausa e pós-menopausa deve chegar a 1,2 bilhão até 2030 (SENADO, 2024). Os sintomas associados à transição para menopausa e pós menopausa podem comprometer o desempenho no trabalho e levar desde constrangimentos até absenteísmo e abandono do emprego, impactando a renda e a ascensão profissional. A falta de diálogo e de ambientes adequados no espaço do trabalho pode dificultar ainda mais o enfrentamento da transição da menopausa. Oferecer apoio emocional, informações sobre como melhor lidar com os sintomas e suporte acerca dos direitos trabalhistas podem ser estratégias das equipes de saúde.
- Terapia hormonal na menopausa (THM): ampla e indiscriminadamente utilizada para todas as pessoas na menopausa na década de 1990, demonstrou oferecer riscos que precisam ser pesados diante dos benefícios (WHI, 2002). Desde então, a THM deixou de ser oferecida enquanto terapêutica possível, o que levou muitas pessoas a ficarem sem opção para controle de sintomas que afetam sua qualidade de vida. Mais recentemente, tem havido um resgate de sua prescrição, seguindo diretrizes de indicações para terapia hormonal. Enquanto isso, as mulheres permanecem carentes de informações de qualidade e têm seus sintomas ignorados com respostas vagas do tipo “não há o que fazer”. A THM segue sendo a intervenção mais eficaz para sintomas vasomotores importantes, mas tem resultados modestos nas mulheres com quadros mais leves. Diversos outros benefícios, frequentemente atribuídos à THM, não são indicações precisas de prescrição de terapia hormonal, mas os estudos demonstram benefícios, como melhora do sono, humor e concentração (SOBRAC, 2024). A Secura vaginal é mais bem manejada com estrogênio tópico. Vale lembrar que estudos populacionais em países de baixa renda e alguns países asiáticos

demonstraram que os sintomas vasomotores não foram os mais importantes para as mulheres entrevistadas (HICKEY et al., 2022). A US Preventive Services Taskforce (USPSTF) não recomenda a THM para prevenção primária de doenças crônicas (doença cardiovascular, câncer, osteoporose e fratura). Já o American College of Obstetricians and Gynecologists, assim como a North American Menopause Society, aprova também o uso de THM em pessoas com risco elevado para osteoporose (HAUK; ACOG, 2013; FAUBION et al., 2022). Novamente, no que diz respeito à população transgênero, há escassez de evidência científica de qualidade.

Transversalmente a todos os tópicos abordados acima está a compreensão da íntima relação entre condições sociais e estilo de vida. Abordagens baseadas em mudanças de comportamentos devem considerar que estes não são somente resultado de escolhas individuais, mas também fortemente influenciados pelos contextos familiares, econômicos, culturais, políticos e históricos (BARATA, 2009). Somente uma atuação que considere a perspectiva das desigualdades sociais será capaz de oferecer uma assistência baseada na equidade e na garantia de acesso.

“Precisamos voltar a ser os interlocutores que facilitam uma escolha consciente e acompanham o paciente em sua doença, levando em conta sua bagagem emocional e pessoal, em vez de nos transformar em técnicos dedicados a administrar um novo medicamento nem sempre eficaz, ou a prescrever um exame invasivo de utilidade questionável” (BOBBIO, 2014, p. 119).

POLÍTICA PÚBLICAS, CUIDADO INTEGRAL COM JUSTIÇA E DIVERSIDADE



2 Equidade das Populações



2.1 - Menopausa e mulheres negras: o que sabemos sobre suas vivências?

O Brasil vivenciou a escravidão por mais de três séculos. Ao longo de sua história, a população negra foi marcada por exploração e resistência. Após a abolição da escravatura, a Proclamação da República, em 1889, decretou liberdade para a população negra, mas não assegurou seus direitos, de forma a não oferecer reais ganhos materiais ou simbólicos a essa parcela da população, que se manteve marginalizada. Entretanto, com igualdade perante a lei no contexto formal, no Brasil prevaleceu o chamado racismo por denegação, ancorado na miscigenação e assimilação, cuja suposta tolerância étnica contribui para promover a ideia de igualdade de direitos entre pessoas brancas e negras e acaba por assegurar a perpetuação da desigualdade (CERQUEIRA; BUENO, 2024).

Lélia Gonzalez compreende que a crença em uma Democracia Racial, ou seja, a possibilidade de harmonia em uma sociedade racializada e a própria persistência do racismo na modernidade tem “efeitos violentos para a condição social das mulheres negras no Brasil”. A autora destaca uma articulação entre o racismo e o sexismo que é importante para nossa reflexão sobre a saúde de mulheres negras. Ela explora as formas de valorização das mulheres negras na sociedade brasileira: no contexto do carnaval a mulher negra é celebrada como a mulata, tendo seu valor medido por sua capacidade de atrair o olhar e o investimento erótico masculino; no coti-

diano essa mesma mulher será a doméstica e a mãe preta, valorizada pela sua disposição irrestrita ao trabalho e pela capacidade de maternar a prole das pessoas brancas (GONZALEZ, 1984).

No contexto atual, a população negra no Brasil apresenta piores indicadores sociais, possui menor nível de escolaridade e renda, menor acesso à saúde e serviços sociais, condições mais precárias de moradia e está inserida em piores posições de trabalho. Estes fatores constituem parte das causas de doenças e, apesar de ter havido redução nas taxas de mortalidade e aumento na expectativa de vida geral, as pessoas negras ainda têm maiores taxas de morbimortalidade em todas as faixas etárias quando comparadas à população geral (CERQUEIRA; BUENO, 2024; BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2014). Pessoas negras seguem consistentemente sendo as maiores vítimas de violência letal, com 2,8 pessoas negras assassinadas para cada pessoa não negra. Estas diferenças se repetem quando se analisa a violência letal por identidade de gênero e orientação sexual e a violência não letal (CERQUEIRA; BUENO, 2024).

Instituída no SUS em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) visa reduzir as disparidades raciais, incluir grupos socialmente vulneráveis e complementar, aprimorar e sustentar a política universal no setor público de saúde, utilizando suas ferramentas de gestão para atenção à saúde da população negra. A PNSIPN tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades raciais e do racismo institucional como determinantes sociais de saúde, uma vez que a redução dessas disparidades étnico-raciais impacta as condições e qualidade de saúde dos usuários do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A desigualdade e a discriminação em nossa sociedade impactam sobremaneira a saúde das mulheres negras, que têm menor acesso a serviços, com repercussões tanto na saúde geral quanto sexual e reprodutiva. Segundo o Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra, mulheres negras têm menor acesso ao pré-natal, maior proporção de bebês com baixo peso ao nascer, maiores taxas de mortalidade materna geral e por hipertensão (marcador sensível, por representar morte evitável) e maior número de mortes registradas como causa mal definida quando comparadas às mulheres brancas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Vale destacar que, em 2020, agressões estiveram entre as cinco principais causas de morte entre as mulheres pardas. Mulheres negras ainda têm menor acesso à mamografia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

No que se refere à vivência de mulheres negras na transição para a menopausa, não há pesquisas nativas que tratem dessa experiência. Apesar do aumento da consciência sobre a menopausa, os debates sobre o manejo dos sintomas a ela associados ainda são centrados nas experiências de mulheres brancas, e essas experiências são tomadas como “norma” (GUPTA, 2023). Nos Estados Unidos (EUA), uma análise dos 25 anos da coorte longitudinal *Study of Women's Health Across the Nation* (SWAN) sugere que a influência consistente do racismo estrutural (entendido como acesso desigual a bens, serviços e oportunidades sociais com base na raça) contribui enormemente para as disparidades em saúde das mulheres negras em comparação com mulheres brancas (HARLOW et al., 2022), o que é corroborado por outros estudos (EL KHOUDARY et al., 2020; PALMER et al., 2003):

- Entram na menopausa mais cedo, o que é atribuído a fatores socioambientais;
- Apresentam sintomas vasomotores mais severos e mais duradouros, mas recebem menos prescrição de medicações para lidar com esses sintomas e têm menor chance de utilizá-las, quando prescritas;
- Apresentam maior risco para eventos cardiovasculares, mas menores taxas de tratamento de hipertensão e prescrição de estatinas;
- Apresentam maior chance de sangramento uterino aumentado;
- São mais frequentemente submetidas a histerectomia.

As disparidades raciais na saúde são tanto explicadas pelos fatores de risco associados às desigualdades entre mulheres negras e brancas quanto são mediadas por esses fatores. No entanto, taxas mais elevadas de sintomas vasomotores, pior qualidade do sono, maior dor corporal e maior risco de doença cardiovascular em mulheres negras permaneceram após múltiplos ajustes, incluindo condições socioeconômicas e medidas disponíveis de desvantagem social, sugerindo que outros fatores não medidos, incluindo fatores potencialmente relacionados com o racismo estrutural, também podem ajudar a explicar estas disparidades (HARLOW et al., 2022).

As diferenças nos contextos de vida das mulheres negras e brancas correspondem à desvantagem social vivida pelas mulheres negras na população geral dos EUA. Por exemplo, a lacuna observada na SWAN entre o nível de escolaridade e os recursos econômicos entre as mulheres negras e brancas reflete potencialmente fatores estruturais relacionados com a diminuição de oportunidades para as mulheres negras, tais como a atual disparidade salarial entre pessoas negras e brancas e/ou o menor retorno da educação para pessoas negras versus brancas. Isto sugere que a abordagem tradicional de simplesmente ajustar a gama de fatores que caracterizam o contexto de vida das mulheres pode, na verdade, ofuscar a compreensão científica de como a magnitude das disparidades raciais na saúde e a saúde das mulheres negras na meia-idade podem ser moldadas pelo racismo estrutural (HARLOW et al., 2022).

No Reino Unido, relatório do *National Health System (NHS)* para o Grupo Parlamentar Suprapartidário Sobre a Menopausa também revela desigualdades no acesso à terapia hormonal da menopausa (TH) entre mulheres brancas, negras e asiáticas, com taxa de uso da terapia por mulheres de 45 a 55 anos de 23%, 5% e 6%, respectivamente (NHS, 2024). Mesmo num cenário considerado ideal para oferecer suporte às mulheres vivenciando a transição para a menopausa, como a Atenção Primária à Saúde (APS), mulheres negras e outras populações vulnerabilizadas encontram dificuldades em ter suas demandas acolhidas e manejadas. Falta de conhecimento e interesse profissional sobre a diversidade de sintomas, barreiras linguísticas e falta de informação culturalmente adequada são alguns dos aspectos apontados para a perpetuação dessas dificuldades (MACLELLAN et al., 2023). Apesar de não haver estudos a respeito, tais constatações são facilmente extrapoláveis para o contexto brasileiro, dado o abismo sociocultural existente entre profissionais de saúde, em especial profissionais da medicina, e a população atendida no SUS. Estudos sobre aspectos sociodemográficos dos profissionais médicos trazem que apenas 28% dos estudantes de medicina são negros ou pardos e que 83,26% se declaram brancos, o que distingue do censo dos brasileiros em que cerca de 55% dos brasileiros se autodeclaram negro (IBGE, 2022; MAGALHÃES et al., 2023; SCHEFFER, 2020).

Os cursos universitários de saúde devem institucionalizar a discussão crítica sobre o racismo estrutural e suas implicações, que adote a prática antirracista como competência curricular obrigatória e que o reconheça como causa raiz das desigualdades sociais (CARRIJO et al., 2022; FREDRICH et al., 2022).

No Brasil, uma das dificuldades em obter dados mais concretos sobre as disparidades na saúde relacionadas à cor da pele se apoia na subnotificação e/ou notificação inadequada do quesito raça/cor nos serviços, o que contribui para atrasos na implementação de políticas públicas que visem reduzir as desigualdades rumo à garantia da equidade. Neste sentido, o *Guia de Enfrentamento do Racismo Institucional*, realizado pelo Instituto da Mulher Negra – Geledés em colaboração com sete Organizações Não-Governamentais (ONG) feministas e com apoio do Fundo para a Igualdade de Gênero da ONU Mulheres, tem objetivo de promover a identificação de racismo no âmbito das instituições públicas e no setor privado, refletir sobre a reprodução do racismo nos setores estratégicos e influenciar na formulação e monitoramento de políticas públicas (GELEDÉS; CFEMEA, 2013):

- Identificação e construção de diagnósticos, por cada organização, instituição ou empresa, acerca do racismo institucional;
- Elaboração de um plano de ação para seu enfrentamento a partir de um conjunto de respostas e ações sugeridas;
- Construção de indicadores para o monitoramento do plano de ação.

Mulheres negras seguem sendo marginalizadas em todos os setores da sociedade, o que é verdadeiro também no acesso aos serviços de saúde, inclusive nos cuidados à transição para a menopausa. Entender e considerar as desigualdades no cuidado desta população são fundamentais para caminhar rumo à equidade e, quem sabe no futuro, à igualdade de direitos. Ainda existe uma carência de estudos de qualidade que levem em consideração o fator raça no manejo das mulheres vivenciando sintomas da menopausa.

2.2 - Invisibilidade e especificidade das Mulheres Indígenas

Até a década de 1970, no Brasil, disseminava-se a ideia de que os Povos Indígenas iam desaparecer, sejam mortos pelas doenças do contato ou pela integração social, promovida por missionários e agências Indigenistas. A história das Políticas de Saúde no Brasil foi de negação e descaso com as populações Indígenas. O processo colonial impactou dramaticamente os modos de vida e saúde dos povos indígenas. Apesar disso, a constante luta e resistência, resultou no seu reconhecimento constitucional em 1988 e a criação, em 1999, no âmbito do SUS, do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) organizado a partir de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

A garantia de proteções constitucionais, resultaram numa progressiva saída da invisibilidade demográfica, de modo que no Censo do IBGE, de 2022, estimou a população Indígena em 1 694 836 pessoas, residindo em áreas rurais (46,03%) e urbanas (53,97%). Com relação à distribuição de sexos:

“Entre os indígenas, a população masculina supera a feminina em vários recortes, chegando a 106,65 homens para cada 100 mulheres em áreas rurais fora de terras indígenas. Mas em áreas urbanas fora de terras indígenas, a razão de sexo dos indígenas (89,37 homens para cada 100 mulheres) é menor que a da população urbana do país (91,97 homens para cada 100 mulheres) (IBGE, 2022).

Essa população é jovem, com mediana de 32 anos nas áreas urbanas e 18 anos nas áreas rurais, significando uma grande proporção de mulheres em idade fértil, e historicamente tendo persistido uma maior taxa de fecundidade.

Importante destacar que a população indígena brasileira tem uma enorme diversidade, com **305 povos e falantes de 274 línguas** (IBGE, 2010). No cuidado dessas pessoas, é necessário reconhecer as especificidades de cada povo e comunidade, pois a figura do “Indígena” é uma construção genérica de identidade diante da necessidade política de articulação entre grupos para o enfrentamento de questões comuns, como a defesa dos territórios Indígenas.

A invisibilidade também se expressa, por exemplo, numa crônica limitação de dados capazes de produzir um perfil socioeconômico e epidemiológico do conjunto da população indígena que vive no país. Apesar disso, a pouca informação

disponível atesta que estes grupos étnicos se situam entre os estratos sociais com pior renda, mais baixa escolaridade e cuja situação de saúde é pior do que a do quartil mais pobre da população brasileira não indígena (Basta et al, 2012; ABRASCO, 2009; SANTOS, COIMBRA. ESCOBAR, 2005).

Os sistemas oficiais de notificação e de produção de serviços não têm sido capazes de gerar informações culturalmente diferenciadas que permitam entender e analisar as situações de saúde e de vulnerabilidade a que essas mulheres estão expostas. Uma das poucas investigações que forneceu algumas informações sobre as condições de saúde da mulher indígena foi o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), por solicitação do Ministério da Saúde. Concluído em 2009, o supracitado relatório reporta taxas elevadas de anemia em mulheres indígenas, grávidas e não grávidas, totalizando 32,7% de mulheres anêmicas na média nacional (FUNASA; ABRASCO; ENSP/Fiocruz, 2010). Considerando que a média encontrada para a região Norte foi de 3,2 filhos por mulher, pode-se inferir que a gestante indígena encontra condições propícias para aprofundar sua anemia ao longo de sua vida. Na condição de estudo transversal o I Inquérito não é capaz de traçar um perfil longitudinal das condições de saúde das mulheres indígenas, e devido ao recorte de idade fértil, tampouco a situação das mulheres indígenas na menopausa.

No entanto, a partir de outros dados, pode-se inferir que, ao longo de toda a vida, as Mulheres Indígenas carecem de melhores cuidados, pois mesmo aquelas priorizadas, como as gestantes, LANSKY et al. (2014) identificaram três vezes mais barreiras de acesso ao pré-natal; que cerca de um quinto das indígenas não foi acompanhada pelo mesmo profissional; que foi baixa a proporção de orientações às gestantes no pré-natal. De modo geral, os poucos estudos disponíveis mostram baixa adequação e qualidade do pré-natal (VIELLAS et al., 2014; Garnelo et al, 2019).

A condição de invisibilidade indígena se reproduz também nas sucessivas políticas de atenção à saúde da mulher, tais documentos preconizam de maneira genérica respeito às diferenças socioculturais. Além disso, esta intencionalidade genérica pouco se faz presente na atuação concreta dos serviços de saúde. Pouco se reconhece que essas políticas foram construídas expressando muito mais as prioridades das mulheres escolarizadas e de classes médias, do que de mulheres

indígenas, cujas necessidades e anseios são habitualmente desconhecidas pelos formuladores das políticas públicas.

A definição e o entendimento das fases da vida da mulher são etnocêntricas e culturalmente inadequadas para boa parte das sociedades indígenas. Ressalta-se que em sociedades indígenas, as pessoas mais velhas têm um importante papel social, político e espiritual, o que coloca as mulheres indígenas na menopausa em posição diferenciadas nas suas famílias e coletividades.

Além disso, a disseminação das políticas de atenção à saúde das mulheres tem se dado através da adesão de estados e municípios e do incremento de seus tetos financeiros pelo repasse de recursos federais, mediante os quais se busca garantir a implementação delas. Tais estratégias não se aplicam aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), base organizacional do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, vinculados ao nível federal de gestão e que não têm tido qualquer tipo de protagonismo e nem incentivo adicional para implantação dessas iniciativas. Garneiro (2014) aponta que a problemática da saúde indígena não tem logrado penetrar na corrente principal das instâncias decisórias do SUS; que os esforços para promover a interação técnica e administrativa entre as atividades dos DSEI e outras instâncias do SUS têm sido insuficientes ou pouco efetivos, deixando o subsistema em condição de isolamento.

A política de organização das RAS, dirigidas essencialmente aos níveis estaduais e municipais de gestão, não prevê como integrar e articular os cuidados ofertados nos DSEI com os de serviços vinculados a outros entes federativos, e nem como garantir acessibilidade dos indígenas aos níveis especializados de atenção, de acordo com suas necessidades (GARNEIRO, 2014).

A acessibilidade é outro aspecto da especificidade indígena a ser questionada. A distribuição geográfica das terras indígenas, via de regra mais distanciadas dos espaços urbanos e mal servidas de estradas, demanda forte investimento em logística para garantir o deslocamento das equipes de atendimento ou das pessoas a serem atendidas. Tais peculiaridades geram repercussões na oferta de serviços, à saúde da mulher, podendo resultar em descontinuidade na oferta de cuidados e realização de exames e comprometer a qualidade do cuidado e o atendimento de intercorrências do ciclo gravídico puerperal.

Dado o caráter genérico das políticas de saúde – dentre as quais destaca-se a política de saúde das mulheres – a obtenção de cuidados culturalmente sensíveis demandaria um trabalho intenso e continuado de adaptação de normas técnicas, manuais de procedimento e práticas sanitárias – que não foram concebidas para o contexto indígena – a fim de adaptá-las, ou aprimorá-las, na busca de alcançar a necessária sensibilidade cultural e abordagem dos determinantes sociais específicos, como racismo anti-indígena e os impactos do colonialismo. Além disso, é fundamental estratégias específicas e regulares de qualificação dos trabalhadores da saúde com relação aos direitos Indígenas, como a autodeterminação, cultura e língua, proteção territorial, e de combate ao racismo anti-indígena.

A história do Subsistema de Saúde Indígena demonstra a tendência de mimetizar as estratégias de atenção à população nacional e de aplicá-las aos indígenas, sem construir uma clara definição dos fluxos assistenciais, de informação, de vigilância epidemiológica e outros elementos imprescindíveis à efetivação do cuidado qualificado em terras indígenas. Tais características impactam negativamente na interação entre as redes assistenciais e práticas clínicas dos profissionais que atuam nos DSEI.

Outro elemento fundamental para efetivação do cuidado à saúde da mulher é o entendimento das relações de gênero e da produção da feminilidade nas sociedades diferenciadas atendidas nos DSEI, dado que nestas, as relações entre homens e mulheres são estritamente complementares. Os corpos indígenas são produzidos no âmbito das relações de parentesco, a cujos interesses o corpo feminino, assim como seus produtos reprodutivos, está vinculado, assumindo um caráter bem distinto dos modos como a sociedade não indígena lida com a corporalidade feminina (FERREIRA, 2013).

Se nos serviços de saúde a produção do corpo e da sexualidade é vista como produto da fisiologia e anatomia humanas, entre os povos indígenas o corpo é um produto social, construído paulatina e diuturnamente pela partilha de fluidos, alimentos e outras relações de reciprocidade entre aqueles de prolongada convivência, além de uma conexão profunda com o território.

Eventos como a menarca estão permeados por diversos cuidados e regras específicas, e têm impactos sociais relevantes na vida das meninas. O anúncio público da gravidez, e o consequente início do pré-natal, deve levar em conta como cada

grupo indígena lida com essa questão. Tais distinções não se restringem à gravidez. A diversidade de concepções e práticas sexuais humanas, bem como aos cuidados a elas dirigidos, é bastante ampla. Assim, variaram, de grupo para grupo, definições sobre o que seria uma sexualidade considerada aceitável; sobre qual seria a época adequada para o início da vida sexual; que significados tal evento assumiria para o grupo de parentesco; que parceiros sexuais e/ou matrimoniais seriam os mais recomendados, etc. Ou seja, as formas de organização social e regras de parentesco regulam os diversos ciclos da vida dos membros da sociedade, instituindo parâmetros que podem ser bem diferentes daqueles adotados no mundo não indígena.

Da mesma forma, é importante questionar o que significa a menopausa e quais cuidados as Mulheres Indígenas e suas coletividades têm construído para essa fase da vida. As mulheres Indígenas são as guardiãs de conhecimentos milenares que são passados intergeracionalmente por processos próprios, nos quais não cabe interferência dos sistemas de saúde, mas o seu respeito e o entendimento da sua complementaridade.

Recomenda-se que o profissional de saúde busque conhecer os modos de manejar a saúde das mulheres na transição para menopausa e pós menopausa **com a própria população atendida**, sem pressupor que os conhecimentos biomédicos que detém são os únicos a serem levados em conta na tomada de decisão sobre a oferta do cuidado. O entendimento dessas formas distintas de lidar com os eventos vitais e os cuidados com a saúde é estritamente dependente do estabelecimento de vínculo e acolhimento das equipes com as mulheres, o que depende de sensibilidade, interesse e aprendizado do conhecimento sobre cada povo atendido, respeito a autodeterminação dos povos Indígenas, e por um processo de auto-reflexão e de humildade cultural, reconhecendo que a os valores sociais e conhecimentos científicos não são universais.

Consideramos que se faz necessário compreender o contexto e características socioculturais instituídas em torno da feminilidade de cada grupo indígena atendido. Por outro lado, não se pode esquecer que para além das singularidades socioculturais, os povos indígenas enfrentaram drásticas transformações nos seus modos de vida, apesar de suas terras sofreram intensa depredação ambiental; terem seus sistemas econômicos e modos de vida desestruturados; nos últimos anos o acesso ao ensino superior aumentou significativamente, a representação política virou prioridade para as lideranças; o acesso a tecnologias de comunica-

ção cresceu, entre outros aspectos positivos. Nesse cenário, as mulheres Indígenas têm ganhado destaque na atuação política do movimento Indígena nacional e regionalmente, ocupando diversos cargos no recém-criado Ministério dos Povos Indígenas, e são a maioria na academia.

As mulheres Indígenas têm progressivamente se organizado em coletivos locais, regionais, e desde 2021, nacionalmente por meio da Articulação Nacional das Mulheres Indígenas Guerreiras da Ancestralidade (ANMIGA). Desde 2019, têm ocorrido as Marchas das Mulheres Indígenas, que resultaram em agosto de 2025 na Primeira Conferência Nacional das Mulheres Indígenas. **Nesses movimentos organizados, as mulheres Indígenas destacam a importância de defesa de seus territórios para a sua saúde, pois entendem a terra como mãe, que dá a vida. Além disso, reivindicam a valorização dos sistemas de cuidado Indígenas, que inclui a alimentação tradicional e o respeito às parteiras, curandeiras e pajés. Por outro lado, denunciam a necessidade urgente de medidas de proteção para as mulheres e meninas, diante dos abusos e violências persistentes dentro e fora dos territórios. Isso é uma indicação que quaisquer debates sobre as mulheres Indígenas, devem ser feitas com sua ampla participação e protagonismo.**

2.3 - Menopausa, gênero e diversidades

A descrição biomédica da menopausa como evento que acontece com mulheres cis e heterossexuais, referindo-se ao declínio e falência ou como o fim da “fase reprodutiva” faz com que seja entendida como doença e muitas vezes desarticulada da realidade de pessoas com identidades de gênero diversas (GLYDE, 2023).

Categorias como gênero e sexualidade devem ser entendidas em intersecção com condições socioeconômicas e de raça, já que podem contribuir para maior sofrimento e morbidade, e demandar cuidados específicos durante a menopausa (BARONE; MUJICA RODRIGUEZ; MÉLLO, no prelo). Além disso, ampliar a compreensão da menopausa como vivência diversa e plural possibilita uma narrativa mais abrangente e benéfica para todas as pessoas.

Além de mulheres cis, homens trans, pessoas transmasculinas, pessoas não-binárias e intersexo também podem vivenciar a menopausa e é responsabilidade de profissionais de saúde o acolhimento e acompanhamento dessas populações (CHEUNG; NOLAN; ZWICKL, 2023).

A crescente mobilização das pessoas LGBTQIAPN+, sua maior visibilidade e atuação política, pode nos fazer esquecer que foi só em 1973 que a Associação Psiquiátrica Americana retirou a homossexualidade do seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e somente em 2019 a transexualidade deixou de ser considerada um transtorno mental pela Organização Mundial da Saúde (ANTRA, 2023).

Apesar de avanços nos direitos desta população como a inclusão do nome social em documentos, concursos públicos, requalificação civil (quando a pessoa altera o gênero na certidão de nascimento e outros documentos), direito a cirurgias de readequação genital no SUS, muitas pessoas ainda vivem uma realidade que envolve preconceito, discriminação social, agressões físicas, crimes de ódio e inclusive assassinatos motivados por homo-lesbo-bi e transfobia, sendo o Brasil líder no ranking de países que mais matam por transfobia (ANTRA, 2023). No relatório de 2023 do Observatório Anderson Herzer: das violências, mortes e suicídios contra as transmasculinidades, 71,9% dos respondentes (n: 510) pensaram e/ou tentaram cometer suicídio em 2023 (IBRAT, 2023). Segundo dados de 2015 a 2017 registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do

SUS, 75% dos casos de violência praticados contra pessoas LGBTIA+ foram praticados contra mulheres trans, travestis e lésbicas (SMS, SP, 2023).

Dentro dos espaços de saúde, o estigma, o preconceito e a discriminação podem perpetuar essas violências. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) garante os direitos sexuais e reprodutivos à população LGBT (BRASIL, 2013a). A inclusão desta temática em uma formação sobre menopausa reitera o compromisso do Ministério da Saúde declarado na Política acima, na qual consta:

XII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde.

Pessoas LGBTQIAPN+ experimentam maiores índices de comprometimento da saúde física e mental, causados pela endo-cis-hetero-normatividade, um padrão, de lastro biomédico e jurídico, que impõe corporalidades (endo), identidades de gênero (cis) e orientações sexuais (hétero) de forma compulsória (BARONE; MUJICA RODRIGUEZ; MÉLLO, no prelo), e que como sistema de opressão, organiza, produz e legitima práticas sociais excludentes e patologizantes para quem se identifica ou reconhece fora da endossexualidade, heterossexualidade e/ou cisgêneridade. O que também pode ser explicado a partir do estresse de minorias (FROST; MEYER, 2023), e maior insatisfação com os cuidados de saúde do que pessoas heterossexuais e/ou cisgênero (FISH et al., 2021; MCDERMOTT, apud WESTWOOD, 2024).

No contexto da saúde, há necessidade de entendimento de como as iniquidades se aplicam aos cuidados de saúde na menopausa. Isto é especialmente importante porque estudos recentes sugerem que as mulheres cis com problemas de saúde físicos e mentais pré-existentes têm maior probabilidade de apresentar sintomas piores e maior sofrimento do que as mulheres cis que não têm essas condições pré-existentes (MACGREGOR, 2018).

Homens trans, pessoas transmasculinas, não-binárias e intersexo, especialmente aquelas na menopausa – normalmente enfrentam barreiras no acesso e nos cuidados em saúde. Muitos já deixam de procurar os serviços de saúde devido a fato-

res de estresse vinculados à discriminação, tais como expectativas de rejeição, ocultação de identidade e estigmas (BARONE; MUJICA RODRIGUEZ; MÉLLO, no prelo).

São inúmeras as barreiras para aceitação cultural por parte da população ao uso dos nomes sociais. Além disso, pessoas usuárias podem não encontrar ressonância nas imagens e experiências retratadas sobre a menopausa, além de não serem adequadamente representadas nas pesquisas sobre a menopausa e seus impactos (GLYDE, 2024). Além disso, a palavra menopausa ainda evoca a imagem de mulheres cis de meia-idade, o que pode parecer irrelevante, mas pode ser um provocador de disforia para homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binárias. Uma disforia atrelada às expectativas cisgêneras sobre como essas pessoas deveriam se apresentar nos serviços para conseguirem cuidado nesse período da sua saúde sexual e (não) reprodutiva.

Há dificuldades de acesso à terapia hormonal por muitas mulheres cisgênero na menopausa, no que se refere à diferenças regionais, ou seja, pessoas que vivem em diferentes áreas têm diferentes graus de acesso à TH, seja por financiamento limitado, disponibilidade de especialistas ou outros fatores (IACOBUCCHI, 2022). Pode-se traçar paralelos com as dificuldades de acesso à hormonização entre pessoas trans (CHEUNG; NOLAN; ZWICKL, 2023). Da mesma forma, os impactos positivos da menopausa tanto para os homens transgênero como para algumas mulheres cis também oferecem a oportunidade de compreender a menopausa para além das narrativas de declínio incluindo possibilidades de experiência como liberdade (THROSBY; ROBERTS, 2024).

Movimentos sociais têm demandado uma abordagem mais integral do cuidado que relacione todos os ciclos de vidas das pessoas LGBTQIAPN+. Por isso, a escuta sobre experiências da menopausa LGBTQIAPN+ contribuirá para uma compreensão mais ampla e matizada da menopausa, dos seus contextos e dos seus significados.

Especificidades clínicas

Homem trans, pessoas transmasculinas e/ou não binárias (designadas pelo poder biomédico-jurídico ao sexo/gênero feminino ao nascer), que fazem hormo-

nização com testosterona podem apresentar sintomas vasomotores pela redução de estrógenos.

- Garantir que homens trans, pessoas transmasculinas e/ou pessoas não binárias registradas como mulheres ao nascer, que tenham feito hormonização no passado e tenham sintomas associados à menopausa, possam discuti-los com um profissional de saúde com experiência (NICE, 2024).
- Considerar psicoterapia para sintomas vasomotores, dificuldades de sono ou sintomas depressivos associados à menopausa para homens trans, pessoas transmasculinas e pessoas não binárias que fizeram hormonização no passado. A Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser usada, além de outras opções de tratamento, para pessoas às quais outras opções são contraindicadas ou para aquelas que preferem não tentar outras opções (NICE, 2024).
- O uso de testosterona pode levar à síndrome genitourinária, exigindo cuidados adicionais na realização de exame especular diante de queixas ou rastreio para câncer de colo uterino. Caso a pessoa tenha atrofia vaginal ou grande desconforto ao exame especular, pode ser utilizado espéculo de tamanho bem pequeno, aplicada lidocaína tópica antes do exame ou mesmo utilizar estrogênio vaginal uma a duas semanas antes de um procedimento agendado (SMS, SP, 2023).
- O desconforto no exame especular pode ser minimizado com adequada ambiência, macas sem pernas e com a opção de entregar o espéculo para que a própria pessoa o insira (MURPHY, 2004; SEEHUSEN, 2006).
- Para as pessoas que continuam com tecido mamário, ou seja, que não realizaram mastectomia, é necessário seguir rastreio para câncer de mama com mamografia conforme recomendação do Ministério da Saúde. É essencial ter atenção para evitar a suposição de que todas as pessoas transmasculinas passaram por cirurgia, pois algumas usam faixas ou binders para ocultação das mamas.

- **ATENÇÃO:** Hormonização em pessoas trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero não pode ser considerada como contracepção efetiva, havendo necessidade de sua prescrição sempre que houver prática sexual que possa resultar em gestação.
- A hormonização com testosterona pode agravar a síndrome metabólica durante a menopausa, com aumento de colesterol LDL e triglicerídeos.

Menopausa e a vivência de mulheres lésbicas e bissexuais

O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade (2006), publicado pela Rede Feminista de Saúde, apresenta dados que evidenciam as desigualdades de acesso aos serviços de saúde pelas mulheres lésbicas e bissexuais. Cerca de 40% não revelam sua orientação sexual; dentre as que revelam, 28% referem maior rapidez do atendimento do médico (displícência) e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006).

De acordo com o Lesbocenso (2022), das 21.656 pessoas respondentes do questionário, 72,94% relataram que “possuíam medo/receio/constrangimento de falar sobre sua sexualidade/orientação afetivo-sexual ou falar que é sapatão/lésbica em algum atendimento de saúde” (p. 45). E 24,88% indicou ter sofrido discriminação/violência por ser lésbica/sapatão em um atendimento ginecológico (LESBOCENSO, 2022). Além disso, vários estudos demonstram como mulheres lésbicas e bissexuais têm menor chance de realizarem rastreio adequado para câncer de colo uterino (BOEHMER, 2023; MEYER, 2006).

Considerando que essa população tem mais chance de desfechos negativos relacionados à saúde mental como ansiedade e depressão, é possível inferir que mulheres cis lésbicas e bissexuais estejam mais propensas a serem afetadas negativamente pela menopausa (GOLDENBERG et al., 2023). Além disso, a percepção equivocada sobre práticas sexuais entre mulheres lésbicas pode atrasar a identificação de tratamento para síndrome genitourinária (ressecamento da vulva e vagina, episódios repetidos de cistite e maior chance de disfunções do assoalho pélvico). Sendo algo que já afeta mulheres cis heterossexuais na menopausa, visto

que profissionais assumem a redução da prática sexual na meia-idade, podendo ser ainda mais negligenciado neste grupo supracitado.

Com relação aos cuidados em saúde individuais de mulheres lésbicas, profissionais devem atentar para não reproduzir os estigmas sociais supondo que as mesmas não precisam realizar exames preventivos, ou que estão imunes às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Cabe dialogar com a pessoa atendida para que haja decisão em conjunto em relação à realização de exames, considerando benefícios e possíveis riscos. Também cabe investigar outras questões que atingem comumente a população lésbica, como abuso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, problemas cardiovasculares e relações abusivas entre mulheres, com incidência de violências psicológica, moral, patrimonial, física e sexual (SMS, SP, 2023).

Ainda assim, é possível que a atividade sexual, os estilos de relacionamento e de comunicação entre mulheres lésbicas e dissidentes de gênero diminuam questões associadas à redução do desejo sexual, já que essas pessoas podem estar menos suscetíveis às normas hegemônicas sobre atração, formato e tamanho do corpo, bem como sobre o envelhecimento. Além disso, o forte senso de comunidade e o apoio mútuo podem contribuir para experiências mais positivas e acolhedoras (WESTWOOD, 2024; GLYDE, 2023).

Ampliar o repertório narrativo para o período em que cessam as menstruações pode facilitar a identificação de pessoas nessa fase, fazer com que se sintam acolhidas em sua vivência, melhorar o vínculo com profissional e, por consequência, a abertura para apresentação de queixas para construção de planos terapêuticos conjuntos.

Orientações para a Atenção Primária à Saúde

As equipes de APS devem se organizar para garantir o acesso à saúde dessa população, eliminando barreiras de acesso, buscando promover a equidade e medidas de enfrentamento e combate a LGBTfobia nos serviços. Isso inclui garantir os cuidados relacionados a todas as fases da vida para todas as pessoas, respeitando sua identidade de gênero e orientação sexual.

O primeiro passo é reconhecer que pessoas com diferentes expressões e identidades de gênero e qualquer orientação sexual estão presentes nos territórios e possuem diferentes demandas em relação à saúde. Frequentemente, essas pessoas são invisibilizadas pela sociedade e, consequentemente, pelas equipes de saúde, com suas necessidades negligenciadas devido à falta de acesso (FERREIRA et al., 2019).

Além disso, é crucial compreender que a população LGBTQIAPN+ é heterogênea, enfrentando desigualdades também relacionadas às questões étnico-raciais, de classe social, território e entre outros fatores. Reconhecer as especificidades da pessoa e da comunidade atendida é um passo importante para evitar a (re)produção de estereótipos e garantir a equidade e o cuidado em saúde e um bem-viver (FERREIRA et al., 2019).

Recomendações para melhorar acesso e cuidado às pessoas LGBTQIAPN+ Ambiência:

- Substituir equipamentos e artes binárias, como rosa e azul por outras cores.
- Dar visibilidade em quadros de avisos para informações e/ou cartazes das políticas públicas existentes para as pessoas LGBTQIAPN+, além de bandeiras representativas, placas indicando respeito ao uso do nome social e entre outras informações que evidenciem o compromisso institucional com a diversidade e inclusão.

Comunicação

- Utilizar linguagem adequada em termos de gênero para espaços de saúde (“Centro de saúde sexual e reprodutiva” versus “Centro de saúde da mulher”).
- Utilizar linguagem inclusiva sobre questões de gênero e acolhedora para todas as pessoas nos materiais de educação, literatura e publicidade.
- Respeitar o nome e pronomes com os quais a pessoa se reconhece. Fazer o exercício de perguntar para todas as pessoas

que atende o nome e pronomes com os quais essa pessoa se identifica e/ou reconhece.

- Ter em consideração que nem toda pessoa pode ou deseja fazer retificação do nome de registro civil e fará uso do nome social, o qual deve constar no prontuário, receitas e afins, sendo, seu uso, um direito da pessoa usuária, expressamente garantido pela **PORTARIA GM/MS Nº 1.820/2009**, que institui a **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Esse direito é ainda reforçado pela **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT)**, instituída pela **Portaria nº 2.836/2011** e pelo **Decreto nº 8.727/2016**, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional (**BRASIL, 2011; BRASIL, 2016**).
- Evitar fazer comentários a outrem sobre a saúde, corpo, aparência física/estética, de qualquer pessoa usuária LGBTQIAPN+, dentro ou fora da instituição/serviço.

Para mais informações e dicas sobre cuidado e linguagem acesse a cartilha [**Justiça Reprodutiva para Todes**](#).

Exemplos de formas de comunicação adequadas

“Como você gostaria que eu te chamasse?”

“Você tem outro nome que prefere que a gente use?”

- Imprima o Cartão Nacional de Saúde (CNS) com o nome social e o utilize em todos os formulários, sistemas de informação e impressos do serviço de saúde.

“Qual a sua identidade de gênero?”

“Você se identifica como mulher cis, mulher trans, homem cis, homem trans, travesti, pessoa não binária, pessoa transmasculina, pessoa transfeminina ou outro?”

“Quais pronomes devemos usar para você? Femininos, masculinos, neutros? (ex.: ela/ele/elu, dela/dele/delu, senhora/senhor/senhore?).”

“Qual é a sua orientação sexual?”

“Você se identifica como gay, lésbica, bissexual, pansexual, assexual, heterossexual ou de outra forma?”

“A sua orientação afetivo-sexual-romântica é assexual, demissexual, alossexual ou de outra forma?”

“Nas suas relações sexuais, existe a possibilidade de ocorrer uma gestação que não seria desejada neste momento?”

O uso correto dos pronomes não é apenas uma questão de conforto — trata-se de uma medida fundamental de cuidado e respeito, que pode ter efeitos diretos na saúde mental e na segurança da população. Serviços que reconhecem e respeitam o nome social, bem como contam com profissionais capacitados para lidar com a diversidade sexual e de gênero, promovem um atendimento alinhado às necessidades da população, contribuindo para a redução das situações de vulnerabilidade.

Educação Permanente em Saúde (EPS)

- Garantir que toda a equipe esteja segura para utilizar de forma correta e consistente os nomes sociais, quando indicados, nos atendimentos, registros do serviço de saúde e documentados e comunicados entre os membros da equipe de atendimento.
- Oferecer treinamento a toda a equipe para aumentar a sensibilidade ambiental, equidade e inclusão de pessoas.
- Atentar para a forma em que o telefone é atendido. A equipe deverá estar atenta para não inferir sobre o gênero da pessoa interlocutora de acordo com as características da voz.

Agendamento e registro

- Questionar sobre a orientação sexual e identidade de gênero, pronomes e preferências para a pessoa atendida.
- Providenciar medidas para que agendamentos e cobranças de procedimentos e consultas não dificultem o acesso de pessoas transmasculinas nos serviços de ginecologia e obstetria.

Encontros clínicos

- Ter abertura para experiência e aprendizados da pessoa usuária quando quiserem compartilhar.
- Buscar conhecimentos e atualizações sobre a abordagem inclusiva em saúde.
- Perguntar a pessoa atendida e acompanhante seus pronomes e usá-los de forma consistente.
- Explicar por que perguntas delicadas são relevantes.
- Certifique-se de que perguntas delicadas sejam clinicamente significativas e não motivadas por curiosidade ociosa.
- Perguntar os nomes preferidos da pessoa para as partes do corpo (por exemplo, tórax, canal de parto, abertura do parto, orifício frontal, mamar no peito etc.).
- Não assumir desejos reprodutivos com base na orientação sexual, identidade de gênero, expressão de gênero, sexo atribuído no nascimento ou configuração familiar.
- Questionar experiências com os serviços de saúde e oferecer encaminhamentos para equipe multiprofissional e/ou Redes de Atenção à Saúde (RAS), se necessário.
- Fornecer informações sobre grupos de apoio trans e recursos de saúde mental.
- Evitar a exposição da pessoa de forma desnecessária e indesejada.

- Assegurar que somente profissionais essenciais estejam presentes durante o atendimento.
- Limitar o número de exames especulares e minimizar a exposição genital.
- Zelar pelo consentimento informado para quaisquer exames físicos.

Pesquisa e Dados Desagregados

- Coleta de Dados Inclusivos: Incentivar a coleta de dados desagregados sobre saúde que incluam a orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor e etnia. Isso é essencial para entender as diferenças nas experiências de saúde e traçar políticas eficazes.
- Apoio à Pesquisa: apoiar pesquisas que explorem a saúde da menopausa na população LGBTQIAPN+

Espaços de Apoio e Comunidade

- Criação de Grupos de Apoio: fomentar a criação de grupos de apoio focados em menopausa que sejam inclusivos e acolhedores para pessoas LGBTQIAPN+, proporcionando um espaço seguro para compartilhar experiências e informações.
- Iniciativas de Saúde Mental: oferecer serviços de saúde mental adaptados para lidar com os estresses e desafios enfrentados por esses grupos durante a menopausa.

Advocacy e Ativismo

- Apoiar e colaborar com organizações que defendem os direitos da comunidade LGBTQIAPN+, garantindo que suas vozes sejam ouvidas nas decisões políticas relacionadas à saúde.

- Promover Narrativas Positivas: tratar a menopausa de forma positiva e empoderadora, desafiando estigmas e normas sociais que possam afetar a autoimagem e a saúde mental dessas populações.

Quadro conceitos, adaptado de Protocolo para o Cuidado Integral à Saúde de Pessoas Trans, Travestis ou com vivências de variabilidade de gênero no município de São Paulo (SMS SP, 2023).

Expressão de gênero: é a forma de cada pessoa se apresentar às demais e de ser percebida dentro dos referenciais sociais conhecidos como feminino (características socialmente atribuídas às mulheres) e masculino (características socialmente atribuídas aos homens) e abrangem a imagem do corpo, posturas corporais, vestimentas, maneirismos, modos de fala e forma de estabelecer relações. A expressão de gênero pode ou não estar de acordo com os estereótipos de gênero e com os papéis sociais esperados por uma determinada cultura (como as feminilidades e masculinidades hegemônicas) ou pode ser fluida.

Orientação sexual, orientação afetiva e orientação romântica: É a maneira como uma pessoa se identifica em relação às suas tendências em interessar-se e/ou relacionar-se afetivamente, sexualmente ou romanticamente com pessoas de diferentes gêneros. Uma pessoa que se observa e percebe um determinado padrão no direcionamento de seus desejos, afetos, romances e relacionamentos pode identificar-se, a partir de seus próprios critérios, como homossexual/homoafetiva/homorromântica, se o direcionamento é para pessoas do mesmo gênero que o seu; heterossexual/heteroafetiva/heterorromântica, se o direcionamento é para pessoas de outro gênero; bissexual/biafetiva/birromântica se o direcionamento é para pessoas de mais de um gênero (e dentro dessa concepção estariam representadas as pessoas pansexuais/panafetivas/panromânticas, que se atraem e/ou relacionam-se independentemente ao gênero da outra pessoa); assexual/arromântica se não se atrai sexualmente ou não se interessa romanticamente por gênero algum.

Práticas sexuais podem ser entendidas como todas aquelas que envolvem algum tipo de prazer sexual, sejam elas realizadas com ou sem contato com genitálias, sejam individuais ou envolvendo duas ou mais pessoas.

Arranjos relacionais: Além de manter relacionamentos com acordos de exclusividade (monogâmicos), as pessoas também podem relacionar-se sexualmente/

afetivamente/romanticamente com outras a partir de acordos não monogâmicos (por exemplo: poliamor, amor livre, anarquia relacional, relacionamento aberto etc.) ou podem viver dentro de estruturas sociais que imprimem outros formatos nos relacionamentos (como a poligamia ou a poliandria) ou que requeiram ausência de relacionamentos (por exemplo, o celibato).

Desejo reprodutivo e reprodução: Não são restritos somente às pessoas cis-gênero que têm vivência relacional ou sexual. Tampouco é restrito às pessoas heterossexuais ou àquelas que pretendem constituir família.

A identidade de gênero de uma pessoa é autodeterminada a partir de suas próprias referências, independentemente do gênero designado ao nascimento – atribuído a partir de uma correlação naturalizada entre a genitália e o que se espera socialmente dessa pessoa. Essa naturalização gera expectativas que podem significar um “peso” sobre as pessoas durante toda a sua vida, mas que não necessariamente correspondem às suas vivências.

A não-binaridade pode ser entendida também como um termo “guarda-chuva” que engloba diversas identidades de gênero diferentes. Pessoas não binárias são aquelas que não se identificam completamente com o padrão binário de gênero, que reconhece apenas os gêneros em “Mulher” e “Homem”.

Pessoas Intersexo: Pessoas com características intersexo não são raras, mesmo que o seu reconhecimento seja pouco comum dentro dos serviços de saúde. Estima-se que 1,7% da população mundial seja intersexo, ou seja, tenha algum grau de variabilidade entre as características genéticas, genitais, gonadais ou de respostas hormonais típicas.

Utiliza-se o termo pessoas **transmasculinas** para referir-se àquelas pessoas que foram designadas pelo poder biomédico-jurídico do sexo/gênero feminino/mulheres ao nascimento e não se reconhecem ou não se reivindicam enquanto mulheres, não necessariamente se entendendo enquanto homens trans, mas também podendo incluí-los. O termo pessoas **transfemininas** também pode ser usado clinicamente e fora de um contexto identitário, para referir-se àquelas pessoas que foram designadas pelo poder biomédico-jurídico do sexo/gênero masculino/homens ao nascimento e não se reconhecem ou não se reivindicam enquanto homens, sem necessariamente serem mulheres trans e travestis, mas também às incluindo.

2.4 Mulheres com Deficiência

A transição menopausal e a pós-menopausa são processos naturais na vida das mulheres, caracterizados por mudanças hormonais, endócrinas e biológicas. Embora amplamente discutido na sociedade, existem lacunas na literatura sobre as experiências das mulheres com deficiência neste ciclo de vida (ROWLAND et al., 2014; SMELTZER, 2006). As mulheres com deficiência enfrentam desigualdades no acesso à saúde, podendo ter experiências diferentes nesta fase ao comparar com mulheres sem deficiências (ROWLAND et al., 2014; SMELTZER, 2006; THIERRY, 2000; WISDOM et al., 2010; LEZZONI et al., 2001).

Estudos mostraram que mulheres com deficiência recebem menos cuidados preventivos e enfrentam diversas barreiras para receber atenção médica (ROWLAND et al., 2014; SMELTZER, 2006; THIERRY, 2000; WISDOM et al., 2010; LEZZONI et al., 2001). Ainda, o impacto deste período tende a ser mais intenso entre estas mulheres quando comparadas a mulheres sem deficiência por vivenciarem em maior intensidade as doenças cardiovasculares e a osteoporose devido à atividade física reduzida e disparidades nos cuidados de saúde (ROSSO et al., 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001), existem quatro tipos de impedimentos (*impairments*) que são alterações ou perdas de função ou estrutura do corpo que, em interação com barreiras contextuais, podem gerar deficiência: **deficiência física** (afeta a mobilidade), **sensorial** (visual, auditiva), **intelectual** (condições que limitam o intelecto) e **mental ou psicossocial** (altera processos mentais/comportamentais). O conceito de deficiência pode variar conforme o referencial biomédico, legal ou social. A OMS adota uma abordagem ampla, considerando a deficiência como resultado da interação entre problemas nas funções ou estruturas do corpo, limitações de atividade e restrições de participação, não se restringindo apenas a uma condição individual, mas envolvendo também barreiras do ambiente físico, social e atitudinal (WHO, 2001).

De forma semelhante, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) compreende a deficiência como uma interação entre condições individuais e barreiras ambientais e sociais. Já o modelo social entende que a deficiência surge quando a sociedade não adapta o ambiente, criando barreiras arquitetônicas, comunicacionais, atitudinais ou tecnológicas — ou seja, a deficiência resulta da interação entre o impedimento corporal e as barreiras impostas socialmente (OLIVER; BARNES, 2010).

Conhecer essas definições é fundamental para orientar as práticas em saúde que reduzam iniquidades na assistência às mulheres com deficiência, sem restringir a compreensão da deficiência apenas ao seu aspecto médico. Estudos apontaram o desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, sobre deficiência e as adaptações necessárias para que mulheres com deficiência recebam exames e os rastreamentos pertinentes (HARRISON; BECKER, 2007; BARBOSA et al., 2025a; BARBOSA et al., 2025b; HORNER-JOHNSON et al., 2022).

As barreiras de acesso à saúde enfrentadas por mulheres com deficiência e como essas barreiras influenciam negativamente os cuidados preventivos foram demonstradas. Barreiras físicas como mesas de exame, equipamentos de mamografia e consultórios inacessíveis; e situações como dificuldade de transferência para a mesa de exame ou de ficar em pé para uma mamografia foram identificadas como um dos fatores para a inadequação dos atendimentos com redução dos exames pélvicos e de outros rastreamentos em saúde (LEZZONI et al., 2001; SMELTZER, 2006).

No caso de mulheres surdas, a barreira de comunicação foi a principal dificuldade para o acesso a informações em saúde, ressaltando a importância de capacitar os profissionais de saúde em relação à cultura surda e à língua de sinais, a fim de reduzir as desigualdades no atendimento (BARBOSA et al., 2025a; BARBOSA et al., 2025b; HORNER-JOHNSON et al., 2022).

Ainda, há relatos sobre a negação da sexualidade de mulheres com deficiência por parte de familiares e profissionais, o que as impede de receber cuidados ginecológicos, incluindo o exame pélvico (HARRISON; BECKER, 2007; HORNER-JOHNSON et al., 2022; KEEGAN; RIZZO; JOSEPH, 2023). Outras barreiras, como falta de conhecimento sobre a importância do rastreamento, medo de realizar exames e limitações financeiras, também desestimulam essas mulheres a buscarem cuidados preventivos, ocorrendo a procura por assistência apenas quando surgem problemas de saúde (BARBOSA et al., 2025a; BARBOSA et al., 2025b; HORNER-JOHNSON et al., 2022; KEEGAN; RIZZO; JOSEPH, 2023).

As barreiras relatadas revelam que mulheres com deficiência enfrentam desigualdades persistentes, inclusive nos rastreamentos de atenção primária à saúde. A ausência de equipamentos acessíveis, profissionais despreparados e a falta de políticas efetivas de inclusão limitam a realização periódica de exames essenciais,

como mamografia e citologia oncológica cervical. Como consequência, essas mulheres estão expostas a maior risco de diagnósticos em estágios avançados e a serem submetidas a tratamentos mais agressivos, onerando o sistema de saúde e, sobretudo, comprometendo a qualidade e a expectativa de vida dessas mulheres (LEZZONI et al., 2001; ROSSO et al., 2011; SMELTZER, 2006; THIERRY, 2000; WISDOM et al., 2010; KEEGAN; RIZZO; JOSEPH, 2023; BARKSKY; STEIN; LEZZONI, 2024).

Além disso, mulheres com deficiência física enfrentam maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares e osteoporose, principalmente atribuída à mobilidade reduzida, menor prática de atividade física, maior prevalência de obesidade, hipertensão e sedentarismo (LEZZONI et al., 2001; ROSSO et al., 2011; SMELTZER, 2006; KEEGAN; RIZZO; JOSEPH, 2023). Esses fatores potencializam o acúmulo de condições que comprometem ainda mais a autonomia e a qualidade de vida, tornando essencial o fortalecimento de políticas públicas, serviços e estratégias de cuidado integral que considerem as especificidades dessa população durante a transição e pós-menopausa (LEZZONI et al., 2001; ROSSO et al., 2011; SMELTZER, 2006; KEEGAN; RIZZO; JOSEPH, 2023).

A transição menopausal é um período em que a fertilidade se encontra reduzida, porém, gestações não intencionais podem ocorrer, sendo essencial o aconselhamento reprodutivo para mulheres neste período de vida (VOEDISCH; ARIEL, 2020). Entre mulheres com deficiência ainda há limitações no acesso a informações claras e a serviços de planejamento reprodutivo, perpetuando desigualdades que comprometem sua autonomia. Essa realidade fica evidente em estudo realizado por BARBOSA et al. (2025a), que identificaram lacunas significativas de conhecimento sobre métodos contraceptivos entre mulheres surdas, destacando como a falta de materiais acessíveis e profissionais preparados dificulta o entendimento e o uso consciente de opções contraceptivas (BARBOSA et al., 2025a; BARBOSA et al., 2025b). Diante deste cenário, garantir que mulheres com deficiência recebam acompanhamento individualizado, informações acessíveis e aconselhamento adequado na transição menopausal é fundamental para prevenir gestações não intencionais nesta fase (LEZZONI et al., 2001; BARBOSA et al., 2025a; BARBOSA et al., 2025b; HORNER-JOHNSON et al., 2022; VOEDISCH; ARIEL, 2020).

Embasado na literatura existente sobre a temática abordada, propõe-se melhorias na atenção à saúde de mulheres com deficiência durante o período de transição e pós-menopausa, como a ampliação e adaptação dos programas de

rastreamento para câncer de mama e colo do útero, com a garantia de ambientes acessíveis, comunicação adequada e profissionais preparados para atender demandas específicas (ROWLAND et al., 2014; SMELTZER, 2006; THIERRY, 2000; WISDOM et al., 2010; LEZZONI et al., 2001; BARBOSA et al., 2025a; BARBOSA et al., 2025b; HORNER-JOHNSON et al., 2022; KEEGAN; RIZZO; JOSEPH, 2023; BARSKY; STEIN; IEZZONI, 2024).

Então, oferecer acompanhamento integral para condições crônicas mais prevalentes nesse período, como doenças cardiovasculares e osteoporose, que podem ter maior impacto devido às limitações físicas e barreiras para a prática de atividades preventivas (ROWLAND et al., 2014; SMELTZER, 2006; THIERRY, 2000; WISDOM et al., 2010; KEEGAN; RIZZO; JOSEPH, 2023; BARSKY; STEIN; IEZZONI, 2024).

Recomenda-se a capacitação contínua de profissionais para compreender as vivências específicas da fase de transição e pós-menopausa entre mulheres com deficiência, considerando aspectos psicossociais e estruturais que podem dificultar o manejo adequado dos sintomas e necessidades de cuidado (ROWLAND et al., 2014; SMELTZER, 2006; THIERRY, 2000; WISDOM et al., 2010; LEZZONI et al., 2001; BARBOSA et al., 2025a; BARBOSA et al., 2025b; HORNER-JOHNSON et al., 2022; KEEGAN; RIZZO; JOSEPH, 2023; BARSKY; STEIN; IEZZONI, 2024).

Atenção à necessidade de estratégias educativas inclusivas sobre métodos contraceptivos, considerando barreiras linguísticas, como as vivenciadas por mulheres surdas, além do fortalecimento do aconselhamento reprodutivo que respeite a autonomia e favoreça escolhas informadas no período de transição menopausal, no qual existe o risco da ocorrência de gestação não intencional. Ainda, investir em tecnologias assistivas que explorem outros sentidos além das línguas orais para promover uma comunicação mais eficaz e ampliar o acesso desta população à informação e aos serviços de saúde (BARBOSA et al., 2025a; BARBOSA et al., 2025b; HORNER-JOHNSON et al., 2022; KEEGAN; RIZZO; JOSEPH, 2023; BARSKY; STEIN; IEZZONI, 2024).

Considerar a necessidade de disponibilizar informações claras e acessíveis sobre a infraestrutura dos serviços de saúde, inclusive por meio de plataformas online, para reduzir barreiras de deslocamento e permitir que mulheres com deficiência planejem melhor suas consultas, contribuindo para diminuir desigualdades no acesso (ROSSO et al., 2011; SMELTZER, 2006; WISDOM et al., 2010; LEZZONI et al., 2001; BARSKY; STEIN; IEZZONI, 2024).

2.5 Mulheres em Situação de Rua

A população em situação de rua é definida como um grupo populacional heterogêneo, que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e tem aumentado significativamente no país (BRASIL, 2023).

Os números impressionam: em 2022, havia 236.400 pessoas em situação de rua inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais (Cad Único), passando para 261.653 em dezembro de 2023 e 327.925 ao final de 2024. O valor apurado em dezembro de 2024 é 14 vezes superior ao registrado onze anos atrás, quando havia 22.922 pessoas vivendo nas ruas no país, e essa velocidade de crescimento pode aumentar nos próximos anos a depender das políticas públicas de seguridade social. Os dados são do levantamento do Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua (OBPOP RUA, 2025). Na prática, 1 em cada 1.000 pessoas no Brasil está vivendo em situação de rua. Dada a magnitude desta população, e especialmente a garantia de cumprimento dos princípios do SUS de universalidade do acesso ao cuidado em saúde e equidade em suas ações, é de suma importância discutir as especificidades deste grupo.

Nos últimos anos, as lutas do movimento de mulheres fizeram com que a discussão sobre as condições em que pessoas socialmente vulnerabilizadas que menstruam fosse uma pauta social, levando para as mídias e para os poderes executivos e legislativos a questão da pobreza menstrual. **Pobreza menstrual** é o termo utilizado para descrever a falta de acesso aos produtos básicos para manter uma boa higiene no período da menstruação, está relacionada à pobreza, bem como à infraestrutura e ao ambiente de vida, especialmente às condições de saneamento básico. O termo também se refere à falta de acesso à educação e informações necessárias para compreensão das mudanças e cuidados durante o ciclo menstrual por pessoas socialmente vulnerabilizadas que menstruam. O direito à higiene menstrual foi reconhecido como um direito humano e uma questão de saúde pública pela ONU em 2014, e, a partir disso, movimentos sociais têm feito campanha em prol do direito à dignidade menstrual a todas as pessoas que menstruam, o que significa ter acesso a produtos e condições de higiene adequados, assim como educação e conhecimento para lidar com este fenômeno fisiológico.

Se educação e conhecimento sobre a menstruação é um direito humano, promover educação em saúde e cuidado dessa dimensão da saúde menstrual que é

a menopausa para mulheres em situação de rua não só compõe os princípios do SUS como permite caminhar na garantia da dignidade menstrual como um direito humano internacionalmente reconhecido. Pensar menopausa é uma abordagem em saúde menstrual no ciclo de vida de pessoas que menstruam.

Ainda que existam estudos sobre sintomas de perimenopausa e menopausa em populações vulnerabilizadas economicamente, são muito escassos os artigos que abordam essa questão especificamente na população em situação de rua, e o pequeno número de publicações em periódicos já é um dado a ser observado que aponta provavelmente para um problema invisibilizado.

Sobre o diagnóstico de menopausa e perimenopausa é preciso reforçar que o diagnóstico é clínico, e deve ser feito com uma postura ativa durante a anamnese, com uso ou não de questionários estruturados sobre os sintomas. Por vezes, diante da complexidade dos cenários de atendimento à população em situação de rua, e da variedade de demandas clínicas, psiquiátricas e sociais que essa população apresenta, pode ser que as queixas de perimenopausa e menopausa sejam subestimadas por profissionais e pessoas usuárias. **Quando abordam diretamente a questão da menopausa e perimenopausa nesta população, estudos mostram que, quando perguntadas diretamente sobre sintomas, essas mulheres apresentam mais queixas do que a população domiciliada (MUKARRAM et al., 2021). É importante lembrar que o país de origem, culturas e etnia possam influenciar a percepção dos sintomas, e há uma parte da população em situação de rua, que é formada por migrantes.** Também é preciso considerar que o uso de álcool é comum nessa população e pode agravar os sintomas, assim como o acesso à alimentação de qualidade e à atividade física como promoção de saúde é bastante prejudicado, o que pode colaborar para o aumento dos sintomas, ainda que não existam pesquisas mais sólidas sobre esses fatores nesta população.

Dada a prevalência de transtornos mentais nas mulheres em situação de rua, é importante que os profissionais estejam atentos ao impacto da menopausa e perimenopausa na saúde mental como um todo, e especificamente no manejo dos transtornos mentais mais graves. Estudos caminham numa hipótese da neuroproteção feita pelo estradiol quando se trata dos episódios psicóticos. A gravidez, que é tipicamente caracterizada por altos níveis séricos de estradiol, está associada a uma diminuição nos episódios, por exemplo. No entanto, episódios psicóticos ocorrem com mais frequência em pessoas com baixos níveis séricos subjacentes

de estradiol, como na amenorreia, no pós-parto e também na perimenopausa e pós-menopausa (SZELIGA et al., 2021). Os dados disponíveis sobre a progressão do transtorno bipolar durante a menopausa ainda são limitados, e não necessariamente sobre a população aqui descrita, mas a maioria dos estudos disponíveis na literatura relata o agravamento da depressão como um sintoma focal durante a menopausa, e também avaliam que, conforme as mulheres diagnosticadas com transtorno bipolar fazem a transição para a menopausa, apresentam uma maior gravidade nos sintomas de humor típicos deste período (SZELIGA et al., 2021). Portanto, a transição menopausal é um momento de risco de descompensação para as pessoas com transtornos mentais mais graves, e isso precisa ser cuidado na população em situação de rua.

Ainda que o diagnóstico de menopausa e perimenopausa seja clínico, podem ser necessários exames laboratoriais que ajudam tanto na elucidação diagnóstica quanto nos diagnósticos diferenciais. **Também são importantes para manejo do risco e das complicações cardiovasculares que podem ser secundárias ao envelhecimento. Com uma logística pactuada no município, seja com uma Unidade Básica de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial ou com o próprio laboratório municipal, exames podem e devem ser colhidos. Isso já se operacionaliza nos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) ou por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos domicílios e territórios, inclusive fora das instalações dos equipamentos de saúde.**

A partir da universalidade, valor norteador do SUS, a terapêutica para sintomas de perimenopausa que impactem a qualidade de vida precisa ser pensada de forma singular. No cuidado em saúde, não se deve subestimar o impacto dos sintomas na vida das mulheres nem a sua capacidade de cuidado de si e engajamento no tratamento, apenas pela condição social e situação de rua. O apoio para construção de pequenas ou grandes mudanças no estilo de vida pode e deve ser realizado, especialmente se orientado por uma perspectiva ética e técnica de redução de danos. Essas mudanças são possíveis e efetivas nesta população, ainda que certamente sejam mais desafiadoras pelas restrições econômicas, e isso definitivamente não pode ser negligenciado.

A avaliação da abordagem medicamentosa depende fundamentalmente dos fatores de risco da pessoa, das comorbidades e dos recursos disponíveis. Ela é uma possibilidade que precisa ocorrer dentro dos princípios de segurança do paciente

e do uso racional de recursos. É de suma importância lembrar de fatores de risco como o tabagismo, e da prevalência de uso de álcool e das hepatites virais nesta população, o que torna imprescindível a avaliação de função hepática para tomada de decisões dentro dos recursos disponíveis no sistema público de saúde. Vias não orais e de longa duração costumam ser preferenciais para esta população em diversos tratamentos (como medicações psicotrópicas ou antibioticoterapia, por exemplo) e isso pode ser um norteador para a abordagem terapêutica nesta fase, ainda que não deva ser pensado como obrigatoriedade. A via oral é também uma possibilidade, seja para medicações hormonais ou não, desde que sejam construídas estratégias individuais e de rede com a pessoa para armazenamento das medicações e seu uso correto.

O objetivo da sessão é provocar a reflexão sobre como a equipe de saúde que acolhe as pessoas em situação de rua, e como as equipes que trabalham com essa população apoiam a transição menopausal neste cenário (HOMELESS LINK, 2025).

Acolher e apoiar pessoas em situação de rua com menstruação e menopausa

- Qual o suporte em saúde está disponível no município para essa população? Há equipes de atendimento especializado como Equipes de Consultório na Rua (eCR)? Há Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas? Qual o real acesso dessa população aos serviços de Atenção Primária à Saúde?
- Quão confiantes e capazes os trabalhadores estão em discutir a menstruação e a menopausa com populações muito vulnerabilizadas?
- Quais itens menstruais são oferecidos no município para populações vulnerabilizadas?
- Quais espaços físicos estão disponíveis para que as pessoas vulnerabilizadas atendam às suas necessidades básicas de higiene? Quais espaços essas mulheres têm para trocas de experiências em relação à menstruação no território?

- Como têm sido apoiadas as necessidades de pessoas com ovários que não se identificam como mulheres quando se trata de pessoas social e economicamente vulnerabilizadas?

O convite desta sessão é reforçar que a busca ativa pelos sintomas e abordagem terapêutica da menopausa e perimenopausa é de importância clínica, mas também se enquadra na garantia de direitos e da dignidade menstrual em todas as fases da vida dessa população.

Versão preliminar

2.6 População Privada de Liberdade

O encarceramento é um fenômeno que tem aumentado significativamente no Brasil nas últimas décadas, ocasionando impactos importantes nas políticas de segurança, na administração penitenciária, assim como nas políticas específicas de combate à desigualdade de gênero (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016).

A adoção de políticas de drogas centrada na repressão, em vez da prevenção e do tratamento, é uma das causas do aumento expressivo do encarceramento feminino nos últimos anos, especialmente entre mulheres negras atingidas pela desigualdade social e em situação de vulnerabilidade. Informações do Relatório de Informações Penais apontam que, no período de julho a dezembro de 2024, a população prisional total era de 670.265 pessoas, das quais 29.137 eram mulheres (BRASIL, 2025).

Segundo a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH, 2023), as populações privadas de liberdade enfrentam inúmeras dificuldades para serem atendidas por profissionais de saúde de forma oportuna e com a frequência necessária.

Além da desassistência, os problemas da ineficiência dos serviços prestados nos espaços de privação de liberdade são agravados pela inadequação da arquitetura prisional. Infraestrutura inadequada, acesso limitado a cuidados médicos, exames e medicamentos, além do aumento de doenças em ambientes de superlotação, são alguns dos obstáculos apontados (BRASIL, 2024).

O acesso a recursos e insumos para os cuidados de saúde também se apresenta como um obstáculo a ser superado por mulheres, homens trans, pessoas transmasculinas, não binárias e intersexo nas unidades prisionais. Esses espaços devem fornecer gratuitamente e de forma regular os itens essenciais às necessidades de saúde, incluindo produtos básicos de higiene pessoal, como absorventes, acesso à água de forma adequada para higiene, além de recipientes para o descarte desses itens de forma higiênica e digna (CIDH, 2023).

De acordo com o *Dossiê Trans Brasil: um olhar acerca do perfil de travestis e mulheres transexuais no sistema prisional* (2022), outra faceta do encarceramento brasileiro é que, por refletirem normas e regimes de gênero e sexualidade excludentes, as pri-

sões impõem obstáculos adicionais às pessoas LGBTQIAPN+ em privação de liberdade, como o androcentrismo e o terrorismo de gênero (ANTRA, 2022).

É importante ressaltar que a Constituição Federal (1988) determina que a saúde é um direito de todos, sendo dever do Estado garantir políticas públicas para promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas (BRASIL, 1988). Já a Lei nº 8.080 (1990) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, garantindo a saúde como um direito fundamental do ser humano (BRASIL, 1990).

Especificamente em relação à transição menopausal (perimenopausa ou climatério) e a menopausa, as mulheres, homens trans, pessoas transmasculinas, não-binárias e intersexo privadas de liberdade, ao passarem por esse período, lidam com os sintomas e os problemas que afetam a saúde no dia a dia de confinamento, convivendo com barreiras diárias e imposições institucionais (SANTOS *et al*, 2017).

No Brasil, o cuidado à saúde das pessoas privadas de liberdade é garantido pelo Sistema Único de Saúde e realizado pelas Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP). Essas equipes são responsáveis por prestar atenção integral à saúde das pessoas no sistema prisional, incluindo o acompanhamento à transição menopausal e à menopausa.

É imprescindível que as eAPP's, a partir da identificação de questões relacionadas à transição menopausal e a menopausa, assim como em outras questões de saúde, realizem o acolhimento com escuta qualificada, façam a avaliação clínica e solicitem exames laboratoriais quando necessário. Também cabe a elas oferecer orientações sobre prática de atividades físicas adaptadas, higiene íntima e saúde mental, pontos fundamentais para o bem-estar nessa fase da vida. É importante, também, a prevenção de agravos; a fim de minimizar situações desconfortáveis e contribuir para melhorar condições de vida durante o tempo de encarceramento.

De acordo com BRASIL (2023), o direito à saúde na privação de liberdade inclui:

- Assistência à saúde física e mental por equipes multiprofissionais e interdisciplinares;
- Assistência integral às pessoas em sofrimento mental e em cumprimento de medidas de segurança;

- Continuidade do tratamento iniciado antes da privação de liberdade;
- Acompanhamento específico para quem faz uso abusivo de álcool e outras drogas e está em abstinência; e
- Encaminhamento a outro serviço de saúde, caso a unidade prisional não consiga atender à sua demanda.

É importante enfatizar que, para a efetivação do cuidado qualificado, é imprescindível o acolhimento como postura e prática nas eAPP, favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso entre as pessoas encarceradas e equipes (BRASIL, 2013).

Garantir esse cuidado é dever do Estado e um passo fundamental para assegurar dignidade, saúde e direitos humanos. O fortalecimento das eAPPs e o acesso à informação e acompanhamento contínuo para pessoas privadas de liberdade são essenciais.

2.7 Clínica Ampliada, Interculturalidade e Menopausa: Caminhos do Cuidado na APS para Mulheres do Campo, da Floresta e das Águas

As mulheres camponesas, indígenas, ribeirinhas, quilombolas, marisqueiras, pescadoras artesanais, quebradeiras de coco babaçu, mulheres de comunidades de terreiro, ciganas, seringueiras e tantas outras que integram os povos e comunidades tradicionais do Brasil compõem um mosaico diverso de identidades brasileiras com modos de vida profundamente conectados com seus territórios de campo, floresta e águas. Essa pluralidade de povos carrega consigo saberes tradicionais, vínculos comunitários e práticas culturais que orientam o viver coletivo, o cuidado com a natureza e a articulação entre trabalho, ancestralidade e saúde.

Tais modos de vida expressam formas próprias de organização social e econômica, estruturadas na partilha, no cuidado mútuo e na relação respeitosa com os ciclos da terra e das águas. São mulheres que exercem protagonismo na preservação dos territórios, na produção de alimentos, na transmissão de saberes ancestrais, na promoção do cuidado e na defesa de direitos, contribuindo de forma decisiva para a soberania alimentar, a sustentabilidade ambiental, a justiça social e a reprodução cultural dos seus povos.

Segundo o Decreto nº 6.040/2007, **Povos e Comunidades Tradicionais** são definidos como “**grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição**” (BRASIL, 2007). Essa definição reconhece a centralidade do território e da tradição para a sobrevivência física e simbólica desses grupos, especialmente das mulheres, que são pilares da vida em comunidade.

Reconhecer e valorizar as especificidades dessas mulheres na oferta de cuidado é fundamental para a promoção da saúde, bem como para garantir o direito à saúde integral, à dignidade e ao bem viver. Nesse sentido, é dever do Estado assegurar que suas vozes, experiências e saberes orientem a formulação, a execução e o monitoramento das ações e estratégias de cuidado, com respeito às suas especificidades socioculturais e aos seus modos próprios de existir.

Promovendo espaço a estes corpos-territórios a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (BRASIL, 2013) destaca que estas populações vivem majoritariamente em regiões de difícil acesso, onde a lógica da vida está fortemente marcada pela relação com a natureza, pelo trabalho coletivo, pela ancestralidade e por condições sociais historicamente desiguais. Ainda assim, enfrentam desafios persistentes na efetivação de seus direitos, agravados pelas interseccionalidades de raça, gênero, território, geração e classe social, o que exige políticas públicas sensíveis, territorializadas, interculturais e orientadas pelo princípio da equidade.

Dito isso, ressalta-se que o profissional incumbido da atenção à saúde dessas mulheres, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), possa incorporar à sua prática caminhos terapêuticos que valorizem essas especificidades socioculturais.

A interculturalidade no cuidado em saúde, segundo Schweickardt, não se reduz a um protocolo técnico, mas constitui uma prática de diálogo permanente, construída a partir da escuta ativa, do respeito à cosmovisão dos povos indígenas, ribeirinhos e quilombolas, e do reconhecimento de seus sistemas próprios de cura e cuidado (SCHWEICKARDT et al., 2020). A atuação sensível às territorialidades, aos modos de vida e aos saberes locais amplia o alcance das políticas públicas e fortalece vínculos entre os serviços de saúde e as comunidades, promovendo uma atenção integral, culturalmente apropriada e antirracista. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família torna-se um espaço privilegiado para a construção de práticas de cuidado que não apenas reconheçam, mas também integrem os conhecimentos tradicionais, como os das parteiras, benzedadeiras e agentes populares de saúde, em articulação com as ações da equipe multiprofissional (SCHWEICKARDT; SILVA; AHMADPOUR, 2020).

Essa perspectiva torna-se ainda mais urgente quando se observam as experiências de mulheres do campo, floresta e águas na transição para menopausa e na menopausa. Estudos demonstram que o climatério e a menopausa são vivenciados de maneira singular por mulheres quilombolas e ribeirinhas, cujas experiências são atravessadas por múltiplas formas de desigualdade social, racial, territorial e epistêmica. Entre mulheres quilombolas, a menopausa é frequentemente compreendida como “algo ruim”, associada a calor intenso, fraqueza e sensação de estranhamento, com pouco acesso a informações formais onde prevalece o auto-

cuidado com chás, artesanato e fé (MOURA; PEREIRA, 2024). Já entre as mulheres ribeirinhas do Amazonas, o cuidado no climatério inclui o uso sistemático de plantas medicinais e o conhecimento herdado por gerações, em articulação com os serviços fluviais de saúde, embora ainda com barreiras de acesso, invisibilidade institucional e ausência de políticas direcionadas (GUEDELHA et al., 2022).

Apesar da diversidade entre territórios e contextos, é possível identificar um denominador comum: a sub-representação dessas mulheres nas pesquisas acadêmicas e nos protocolos assistenciais, bem como a ausência de abordagens interseccionais que articulem gênero, raça, território e classe social. Além disso, estudos com usuárias do serviço público urbano da região Norte revelam que, mesmo quando assistidas em centros de referência, a ausência de políticas de atenção específicas e de acesso à terapia hormonal impacta negativamente sua qualidade de vida, com 50% das mulheres apresentando sintomas severos em domínios físicos, psíquicos e urogenitais (SANTOS et al., 2022).

A escuta atenta às narrativas das mulheres do campo, floresta e águas, o reconhecimento de seus modos próprios de autocuidado e a valorização de suas redes comunitárias de apoio são condições fundamentais para promoção do vínculo e oferta de cuidado qualificado no SUS. O cuidado intercultural, nesse sentido, não se dá apenas no encontro entre profissional e usuária, mas se constrói cotidianamente nas práticas que reconhecem o saber local como legítimo e nos arranjos que respeitam os ciclos, os silêncios e as linguagens dessas mulheres.

O cuidado durante a transição para menopausa e menopausa das mulheres do campo, da floresta e das águas exige um olhar atento às condições ambientais e socioterritoriais que atravessam seus corpos, saberes e ciclos de vida. No período da menopausa, essas mulheres vivenciam não apenas alterações hormonais e físicas, mas também impactos silenciosos e persistentes da exposição a agrotóxicos, que interferem nos seus direitos reprodutivos e em sua qualidade de vida. O Relatório da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO): *Saúde Reprodutiva e a Nocividade dos Agrotóxicos* (2024) traz evidências consistentes de que “a exposição crônica aos agrotóxicos compromete o sistema endócrino, acelera a depleção ovariana e antecipa o climatério, sendo fator de risco para menopausa precoce, infertilidade, alterações menstruais, alterações do humor, disfunções sexuais e cânceres ginecológicos e de mama” (ABRASCO, 2024, p. 41–52).

Em territórios marcados por desigualdades estruturais e pela negação de saberes ancestrais e populares, o cuidado não pode se limitar a protocolos técnicos. À luz da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS), compreende-se que o cuidado à saúde deve ser construído a partir da valorização dos saberes populares, do diálogo horizontal entre profissionais e comunidades e do respeito às culturas e modos de vida de cada comunidade.

Torna-se fundamental reconhecer que os sentidos atribuídos às fases da vida da mulher são construídos culturalmente e que cada mulher vivencia seu corpo de forma singular atravessada por raça, território, trabalho, espiritualidade e vínculos comunitários. Nos encontros clínicos, nas ações de promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, cabe à APS criar **espaço para escuta e diálogo, respeitando os tempos, os silêncios e as escolhas** dessas mulheres. A Educação Popular em Saúde (EPS) oferece ferramentas metodológicas e éticas para a construção de vínculos, a escuta sensível e com propostas terapêuticas que sejam reconhecidas pela mulher.

Tal abordagem implica também uma ressignificação do encontro entre profissional e usuária, reconhecendo a consulta clínica como um **espaço de produção de cuidado, vínculo e escuta ampliada**, e não como um mero ato técnico ou centrado exclusivamente na prescrição. Autores como Ayres (2004) e Merhy (2002) defendem que esse momento deve ser compreendido como um ato comunicacional, relacional, ético e político, atravessado por dimensões sociais, culturais e estruturais da vida da usuária. A clínica, nesse sentido, precisa se abrir ao diálogo com os saberes populares, com a subjetividade e com as vivências que constituem o processo saúde-doença-cuidado. A escuta qualificada, a responsabilização compartilhada e o **reconhecimento dos determinantes sociais e territoriais da saúde** devem ser pilares da prática clínica na APS, especialmente diante da diversidade de experiências que marcam a vivência das mulheres durante a menopausa nas diferentes realidades do Brasil.

Estudos recentes indicam que a participação em atividades coletivas e grupos terapêuticos tem impacto positivo na qualidade de vida de mulheres na transição menopausal, especialmente quando se adota uma abordagem dialógica e integrativa. Almeida et al. (2022) relatam que rodas de cuidado que articulam saberes populares e práticas integrativas, como o uso de plantas medicinais, automassagem, aromaterapia e auriculoterapia, têm contribuído para a redução de sintomas

como ansiedade, insônia, irritabilidade e fogachos, além de promoverem acolhimento e fortalecimento dos vínculos comunitários.

A abordagem multiprofissional no cuidado à saúde das mulheres, envolvendo as equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) e as equipes multiprofissionais (eMult), tem se mostrado eficaz na organização de espaços de cuidado coletivo. Garcia et al. (2021) destacam que a atuação compartilhada de enfermeiras, médicas, psicólogas, terapeutas ocupacionais, profissionais de terapias integrativas e agentes comunitárias de saúde permite a oferta contínua de grupos terapêuticos com foco na menopausa, fortalecendo o vínculo longitudinal e o projeto terapêutico singular e coletivo.

Nesse sentido, Moraes e Santos (2023) propõem oficinas como uma metodologia eficaz para o cuidado da saúde reprodutiva de mulheres em fase de transição menopausal. As oficinas, organizadas a partir dos princípios da educação popular, possibilitam o compartilhamento de experiências e saberes entre mulheres, o reconhecimento das transformações do corpo e a valorização das práticas tradicionais de autocuidado. Além disso, os autores ressaltam a potência das oficinas como espaços de enfrentamento coletivo às desigualdades de gênero, raça e território.

Estudos convergem ao evidenciar a invisibilidade da abordagem à menopausa nas políticas públicas e nos serviços de saúde, especialmente quando se trata de mulheres em contextos de vulnerabilidade social. Justino et al. (2023), por meio de uma intervenção no âmbito da ESF, demonstram que a abordagem biomédica dominante, centrada na medicalização dos sintomas, falha em contemplar as dimensões subjetivas, territoriais e culturais da experiência no climatério e menopausa. As autoras defendem a criação de espaços pedagógicos e dialógicos, como oficinas e rodas de conversa baseadas na Educação Popular em Saúde, como estratégias essenciais para promover autonomia, escuta e cuidado integral às mulheres.

De forma complementar, Moura e Pereira (2024), ao investigarem mulheres quilombolas no climatério e menopausa, evidenciam que a ausência de informações adequadas, o preconceito institucional e a desvalorização dos saberes populares acentuam sentimentos de estranhamento e sofrimento. Santos et al. (2022), por sua vez, identificaram, no Sudeste do Pará, que a baixa percepção sobre essa fase da vida, somada à escassez de ações educativas e à insuficiente capacitação de profissionais da APS, compromete a promoção do bem-estar das mulheres. Esses

achados reforçam a urgência de incorporar à clínica da APS abordagens despatologizantes, interseccionais e culturalmente sensíveis, que reconheçam a menopausa como uma fase de transição fisiológica marcada por significados sociais, culturais e subjetivos. Reduzir esse processo a um evento exclusivamente clínico contribui para a invisibilização dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente daquelas mulheres em contextos de vulnerabilidade, perpetuando silenciamentos e negligências históricas no cuidado em saúde.

Essa abordagem está incorporada ao Sistema Único de Saúde, desde 2007, por meio da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) que instituiu a clínica ampliada como uma diretriz central, orientando a reorganização das práticas de cuidado para além da racionalidade biomédica tradicional. A clínica ampliada propõe a valorização da singularidade dos sujeitos e a consideração de suas dimensões subjetivas, sociais e culturais, deslocando o foco do diagnóstico e da prescrição para a produção de vínculos, responsabilização compartilhada e protagonismo no processo de cuidado (BRASIL, 2007). Ao reconhecer o usuário como sujeito de direitos e o cuidado como produção relacional, a clínica ampliada se configura como um dispositivo ético, político e comunicacional que reposiciona os profissionais como co-autores de projetos terapêuticos compartilhados (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a prática das equipes da Atenção Primária à Saúde que se comprometem com essa abordagem contribui diretamente para a concretização dos princípios do SUS, tecendo cotidianamente o sistema público de saúde e dando materialidade à clínica centrada na pessoa. Esse compromisso torna-se ainda mais essencial no acompanhamento das mulheres do campo, da floresta e das águas durante a menopausa. Ampliar a escuta, respeitar os saberes ancestrais e integrar abordagens interculturais e coletivas é fundamental para garantir um cuidado digno, emancipador e alinhado ao direito à saúde integral dessas mulheres.

2.8 Imigrantes/refugiadas

As pessoas migrantes, refugiadas e apátridas vivenciam a transição menopausal (perimenopausa ou climatério) e a menopausa de forma atravessada por múltiplas vulnerabilidades, que incluem barreiras de acesso aos serviços de saúde, desigualdades socioeconômicas, racismo, xenofobia, discriminação de gênero e violências institucionais. A atenção a essas pessoas exige um cuidado integral, culturalmente sensível e equitativo, que reconheça as especificidades dos seus percursos migratórios, suas identidades étnico-raciais e de gênero, e as condições precárias em que muitas se encontram.

Dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) indicam que, entre 2013 e 2023, 512.517 pessoas migrantes foram cadastradas nas equipes da APS, sendo 49,5% do sexo feminino e 50,5% do sexo masculino. Os cadastros incluem pessoas estrangeiras (90,95%, n=466.154) e naturalizadas (9,05%, n=46.363), distribuídas em 4.453 municípios brasileiros. Cabe destacar que não existe um censo que delimite o número de pessoas migrantes no país. Contudo, esses dados representam um recorte temporal de 2013 a 2023, a partir dos dados de cadastro da APS no Brasil (BRASIL, 2024).

Apesar da expressividade dos números, sabe-se que eles não refletem a totalidade das pessoas migrantes no país, uma vez que parte significativa desta população pode não estar inserida nos serviços de saúde por múltiplos fatores, incluindo barreiras linguísticas, desconhecimento dos direitos, medo de deportação ou discriminação. Conforme destaca a Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, é imprescindível considerar os determinantes sociais da saúde que impactam o acesso e a permanência dessas populações nos serviços da Atenção Primária (BRASIL, 2024).

É imprescindível reafirmar que, no Brasil, todas as pessoas, independentemente da nacionalidade ou situação migratória, têm direito pleno de acesso aos serviços públicos de saúde, inclusive à atenção integral à saúde da mulher e à saúde sexual e reprodutiva, conforme garantido pela Constituição Federal e pelas normativas do SUS. A orientação é clara: o acesso à saúde não pode ser negado por ausência de documentação.

Entretanto, as pessoas migrantes na transição menopausal enfrentam desafios singulares que muitas vezes não são reconhecidos ou adequadamente acolhidos

pelos serviços de saúde. A pesquisa de Leyva-Moral (2013) evidencia que mulheres migrantes podem experienciar a menopausa a partir de referenciais culturais distintos, por vezes sem uma leitura patologizante, mas sim como um processo natural e até mesmo de libertação. Quando chegam aos serviços de saúde no país de acolhida, frequentemente se deparam com abordagens excessivamente medicalizadas ou com profissionais que desconhecem suas narrativas culturais sobre o corpo e o envelhecimento.

Infante et al. (2013) sinalizam que as barreiras são agravadas quando as mulheres estão em situação de trânsito migratório precário — atravessando fronteiras terrestres ou fluviais, vivendo em abrigos temporários, ocupações ou em situação de rua. Nessas condições, a falta de acesso a itens básicos de higiene, alimentação adequada e espaços de cuidado e privacidade dificulta sobremaneira o manejo dos sintomas da transição menopausal, como ondas de calor, sudorese, insônia e alterações de humor. A exposição contínua a contextos de insegurança alimentar, violência física, psicológica e sexual pode agravar os impactos psicossociais dessa fase da vida.

O vídeo “*Immigrant Women: Periods and Cycles in Transition*”, (EFFICACY EVA & YOU & ME_NOPAUSE, 2024) “Mulheres Imigrantes: Ciclos e Períodos em Transição” (tradução livre) reforça que muitas mulheres migrantes se sentem deslocadas dos serviços de saúde por falta de materiais informativos acessíveis em diferentes idiomas, por ausência de profissionais capacitados para acolher suas histórias e por não se reconhecerem nas campanhas públicas sobre menopausa. A comunicação intercultural, com respeito à diversidade de corpos, ciclos e sexualidades, é central para efetivar o direito ao cuidado.

A presença de mediadores interculturais e a atuação de equipes capacitadas em mediação intercultural são estratégias essenciais para facilitar o diálogo, promover o entendimento mútuo e garantir que as narrativas e necessidades das pessoas migrantes sejam efetivamente ouvidas e consideradas (OIM & UNICAMP, 2023). A comunicação intercultural, com respeito à diversidade de corpos, ciclos e sexualidades, é central para garantir o direito ao cuidado.

Outro exemplo importante é trazido pela publicação do UNFPA (2021) sobre o povo Warao, que aponta para a necessidade de políticas públicas que articulem saúde, direitos sexuais e enfrentamento das múltiplas violências vividas por mulhe-

res migrantes em situação de vulnerabilidade social e econômica. Essas experiências demonstram que a saúde da pessoa migrante na menopausa precisa ser tratada a partir de uma abordagem interseccional e intercultural, reconhecendo os marcadores sociais da diferença que estruturam as desigualdades no acesso à saúde.

É essencial que os serviços de saúde promovam um cuidado livre de julgamentos e moralismos, reconhecendo a menopausa como um processo que afeta não apenas o corpo físico, mas também a autoestima, a identidade e a vida sexual das mulheres.

Para garantir equidade, é fundamental que as ações e campanhas públicas sobre a menopausa incluam mulheres migrantes, refugiadas e apátridas como sujeitos centrais, com representações plurais que abarquem diferentes etnias, orientações sexuais, identidades de gênero e contextos de vida. O desenvolvimento de **materiais educativos em diversos idiomas**, a **capacitação das equipes da APS** para o **atendimento culturalmente competente** e a **articulação com organizações comunitárias e coletivos migrantes** são estratégias essenciais para promover o acesso, a permanência e a qualidade do cuidado.

Também é importante investir em ações de busca ativa, especialmente em regiões de fronteira, abrigos, ocupações e espaços de trânsito migratório, garantindo que essas mulheres possam ser localizadas, acolhidas e acompanhadas com dignidade. A construção de espaços seguros e o fortalecimento da mediação intercultural nos serviços, por meio da ampliação da tradução comunitária e da atuação de mediadores, são passos importantes para fortalecer a integralidade do cuidado.

**POLÍTICA PÚBLICAS, CUIDADO INTEGRAL
COM JUSTIÇA E DIVERSIDADE**



**3 Humanização e Ética na Atenção à
Saúde das Mulheres na Transição
para Menopausa e Pós-Menopausa**

3.1 Atenção humanizada às mulheres

A transição para a menopausa e o pós-menopausa é um período marcado por flutuações hormonais, sintomas vasomotores, alterações de humor, distúrbios do sono, alteração na vida sexual, impactando diretamente na qualidade de vida e o autoconceito das mulheres (SANTIAGO NOGUEIRA *et al.*, 2022). A atenção a esta fase deve transcender o manejo sintomático e articular uma abordagem integral, valorizando práticas de acolhimento, construção de vínculo, co-responsabilidade e protagonismo - princípios centrais da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004).

A PNH implementada no Sistema Único de Saúde desde 2003, ganhou maior relevância com a promulgação da Lei 15126/2025, a qual incluiu “atenção humanizada” entre os princípios do SUS, criando um enquadramento normativo que orienta a organização dos serviços de saúde e os direitos dos usuários (BRASIL, 2025).

Há diversos desafios para a implementação do cuidado humanizado às mulheres na transição para menopausa e pós-menopausa, como um modelo biomédico tradicional que contempla protocolos restritos aos sintomas biológicos e fragmenta a pessoa, tabus relacionados a sexualidade e ao envelhecimento, ausência de redes de suporte para estas usuárias, idadismo e medicalização, treinamento insuficiente das equipes do cuidado (BERGA, 2019; TARIQ *et al.*, 2023; MACPHERSON, 2022).

A PNH propõe quatro pilares orientadores para o cuidado humanizado:

Acolhimento e escuta qualificada

Dispositivo central da humanização tem como objetivo reorganizar os fluxos, fortalecer vínculos, no contexto da transição para menopausa e pós-menopausa aplica-se por meio da valorização das queixas e dos saberes das pessoas e da escuta reflexiva. Na Atenção Primária à Saúde, recomenda-se estruturar triagem de risco e a organização de agendas com tempo adequado, como mecanismos que favorecem o acesso (BRASIL, 2003; REDE HUMANIZASUS, 2010).

Clínica ampliada e integralidade

Um cuidado que integra as dimensões biopsicossocial na avaliação e no cuidado. Recomenda-se o uso de fichas clínicas integradas e uso da longitudinalidade, construção de Projeto Terapêutico Singular que articule intervenções biomédicas, comunitárias e sociais, com critérios claros de encaminhamento a rede de atenção especializada, quando necessário (BRASIL, 2008; BRASIL, 2016; REDE HUMANIZASUS, 2010).

Protagonismo e autonomia

Trata-se de oferecer informação clara e compreensível sobre os riscos e benefícios das opções terapêuticas e da não intervenção - por exemplo, no caso da terapia hormonal - e de adotar abordagem estruturada para a escolha informada dos tratamentos, co-responsabilizando profissional e usuário (NICE, 2024). Ofertar medidas não farmacológicas como higiene do sono, atividade física, psicoeducação em grupos terapêuticos (BRASIL, 2003). Esse eixo aproxima-se dos modelos conhecidos como *empowerment* (empoderamento) descritos na literatura internacional (HICKEY *et al.*, 2024).

Ambiência e cuidado longitudinal

Assegurar acessibilidade, privacidade e continuidade do cuidado, grupos de apoio e educação, sendo troca de saberes, espaços de apoio, autocuidado e promoção do bem-estar (BRASIL, 2003). Essas intervenções podem ser contínuas ou pontuais, presenciais ou virtuais, e podem enfatizar tanto a abordagem integral quanto o manejo específico como: atividade física, sono, sexualidade. Evidências indicam impacto positivo dessas estratégias na qualidade de vida e no suporte social (REES *et al.*, 2021).

Mais de 20 anos após a publicação oficial da PNH, a incorporação de tecnologias digitais oferece oportunidades para reforçar o cuidado humanizado e ampliar acesso. Evidências indicam que ferramentas digitais bem implementadas podem reforçar o cuidado humanizado e expandir o acesso e continuidade do cuidado, fortalecendo a confiança entre a equipe, paciente e familiares (CRUZ; OLIVEIRA, 2021; TOLEDO *et al.*, 2021). Realizar escuta inicial, monitoramento de sintomas e

educação via plataformas digitais amplia o acesso e permite uma visão longitudinal (OFFICE OF RESEARCH ON WOMEN'S HEALTH, 2024).

A proposta da humanização deve ter a sensibilidade de evocar um cuidado culturalmente sensível, atento aos recortes étnico-raciais, linguísticos, socioeconômicos e outras interseccionalidades que influenciam a experiência em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

O cuidado humanizado de mulheres a transição para menopausa e pós-menopausa exige articulação entre saberes clínicos e uma atenção que promova autonomia, resolutividade e equidade. Assim, o cuidado é realizado em uma abordagem acolhedora, respeitosa e efetiva, pautada em direitos humanos e cidadania. Valorizar a experiência singular de cada mulher contribui para promoção de saúde integral e incremento da qualidade de vida.

3.2 Ética na atenção à Saúde da Mulher na Transição para a Menopausa e Pós-Menopausa

Na prática profissional em saúde, a ética refere-se ao comportamento individual do profissional de saúde nas suas ações. A palavra ética é de origem grega, derivada de *ethos*, que diz respeito ao costume, aos hábitos dos homens.

A teoria da deontologia sustenta que certas ações são boas, não pelas consequências que produzem, mas por serem boas e corretas em si mesmas (HERRING, 2012). Na filosofia moral contemporânea, a deontologia é uma das teorias normativas segundo as quais as escolhas são moralmente necessárias, proibidas ou permitidas. Portanto inclui-se entre as teorias morais que orientam nossas escolhas sobre o que deve ser feito. O termo refere-se ao ramo da ética cujo objeto de estudo são os fundamentos do dever e as normas morais.

Na prática da saúde há a “Deontologia Profissional”, que é uma ciência aplicada, em que não se trata de uma ética normativa, mas sim descritiva e prescritiva (BRASIL, 2010). A deontologia em Kant fundamenta-se nos conceitos da razão prática e da liberdade, em que agir por dever confere à ação o valor moral, e a perfeição moral só é atingida quando a vontade é livre. Cada profissional está sujeito a uma deontologia própria que regula o exercício de sua profissão, conforme o Código de Ética de sua categoria, mas todos seguem princípios comuns como respeito, autonomia, integridade, sigilo e responsabilidade no cuidado ao paciente e no exercício.

Frente à pluralidade da sociedade, o profissional de saúde se defronta com diferentes padrões de moralidade, o que exige que ele tome condutas em sintonia com realidades diversas. Não basta conhecer normas éticas e legais, é imprescindível o respeito à autonomia, a prudência e o exercício da razoabilidade para sua atuação profissional.

No atendimento é essencial estabelecer boa comunicação com as pessoas e suas famílias. Segundo o Modelo de Shannon e Weaver (1949), um dos modelos que fundamentam a comunicação em saúde, existem **três tipos de problemas comunicacionais: técnicos, semânticos e de eficácia**, no contexto da saúde é responsabilidade do profissional identificar e minimizar esses ruídos, garantindo que o paciente entenda de forma clara e acessível o que precisa ser comunicado.

Estende-se essa compreensão não apenas para comunicação verbal e não-verbal, mas aos documentos de saúde, garantindo que sejam escritos com todas as informações pertinentes, sem abreviaturas, de maneira legível e sem interferência de interesses, sejam de pesquisa ou pessoais. Ressalta-se ainda que a compreensão legal atual é que o prontuário e documentos do paciente, sejam impressos ou eletrônicos, são de propriedade do usuário do sistema de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 2018; BRASIL, 2018). Villas-Bôas (2015,p.521) traz que **“É de se recordar, ainda nessa senda, que o prontuário pertence ao paciente, e que a unidade de saúde funciona apenas como guardião.”**

Todos os profissionais que prestam atendimento à saúde de mulheres na transição para menopausa e pós-menopausa são responsáveis pelo prontuário, e tem o dever de zelar pelo adequado preenchimento das informações.

Outro norteador importante para a prática profissional ética é a **Prevenção Quaternária**, proposta em 1995 (JAMOULLE, 2015) que é a adaptação do conceito de não maleficência (“Primum non nocere”). Para a atualidade, o conceito se pauta em quatro princípios bioéticos centrais:

1. Não maleficência: não infligir danos intencionalmente;
2. Proporcionalidade: o profissional de saúde não pode fundamentar sua prática em uma relação de poder coercitiva, desta forma tudo que for proposto para o seguimento em saúde do paciente os benefícios não podem ser superados pelos riscos potenciais;
3. Justiça: tratar cuidadosamente dos recursos em saúde, alinhado ao princípio da equidade do SUS visa trazer sustentabilidade, de forma que evitando intervenções desnecessárias o recurso pode ser direcionado para quem realmente necessita;
4. Autonomia: promover o protagonismo da pessoa centro do cuidado.

Dentro deste contexto, a APS tem papel central utilizando de escuta qualificada e empática, uso criterioso de prescrições e exames complementares, consentimento informado ampliado e monitoramento ativo do seu território.

Destaca-se no prisma da mulher em fase de transição para menopausa, menopausa e pós-menopausa as discussões acerca da terapia hormonal. Esta deve respeitar critérios técnicos e éticos rigorosos. É fundamental que o profissional avalie as indicações clínicas segundo as diretrizes mais atuais, como as do Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério (SOBRAC, 2024), e apresente às mulheres os riscos e benefícios de forma clara, garantindo sua autonomia na tomada de decisão.

Além disso, a literatura aponta que a janela de oportunidade — preferencialmente nos primeiros 10 anos após a última menstruação — é um fator determinante na relação risco-benefício da terapia hormonal, especialmente em relação à saúde cardiovascular e risco oncológico (FEBRASGO, 2024; OLIVEIRA, 2024; NAHAS;NAHAS-NETO, 2019).

Quando houver contraindicação para o uso de terapia hormonal, é dever ético do profissional apresentar alternativas não hormonais com eficácia comprovada. Terapias como inibidores da recaptação de serotonina, medidas comportamentais e intervenções multiprofissionais devem ser valorizadas.

Cabe ao profissional evitar práticas de medicalização excessiva, terapias sem evidência científica ou produtos manipulados não reconhecidos por órgãos regulatórios, alinhando-se ao princípio da não maleficência e à prevenção quaternária.

O profissional de saúde deve ainda obediência aos princípios norteadores da ética profissional. O erro é a conduta voluntária ou involuntária, direta ou indireta, caracterizada como conduta profissional imperita, imprudente ou negligente, que causa dano ao paciente. Sob o prisma jurídico, é o mau resultado involuntário, oriundo de falhas estruturais, quando as condições de trabalho forem insuficientes, ou de atuação danosa ao paciente, que possa gerar o dever de indenizar (SILVA, 2007).

A **negligência** caracteriza-se pela inação, indolência, inércia, passividade. É caracterizado como ato omissivo, consiste no fato de o profissional deixar de fazer o que deveria ser feito. Ocorre quando atua com descaso e sem observar os deveres exigidos.

Imperícia é a falta de observação das normas, deficiência de conhecimentos técnicos da profissão, o despreparo prático. Também é caracterizada pela incapacidade para exercer determinado ofício, por falta de habilidade ou ausência dos conhecimentos necessários, exigidos numa profissão. A atualização do conhecimento é dever do profissional de saúde, aprimorando-se continuamente para o atendimento.

Na **imprudência**, há culpa comissiva. Age com imprudência o profissional que tem atitudes não justificadas, açodadas, precipitadas, sem usar de cautela. É imprudente quando, tendo perfeito conhecimento do risco e, também não ignorando, o profissional toma a decisão de agir assim mesmo, assume procedimentos de risco, sem respaldo científico, ou sem prestar esclarecimentos à paciente. Em regra, a imprudência abrange a negligência, pois é imprudente o profissional que atua sem a devida cautela, expondo a paciente a riscos desnecessários (GAGLIANO; PAMPLONA, 2020).

Outro viés importante quando se fala do cuidado a mulheres, especialmente, nos cuidados ao sistema reprodutor, é o **assédio e violência sexual** que estão intrinsecamente envolvidos com as relações de poder. São caracterizados por comportamentos de sedução ou coação, em que a vítima é induzida a uma sensação intimidante, humilhante e ofensiva ou a prática sexual utilizando de violência ou grave ameaça - **Lei Maria da Penha** - Lei nº 11.340/2006 (BRASIL, 2006).

A violência e assédio podem ter como autores profissionais de saúde, caracterizados por uma situação geral em que há uma relação de poder ou autoridade, que pode emanar do desnível de conhecimento existente entre o profissional de saúde e a paciente. O fato da vítima ser a paciente, fragilizada pela dor e sofrimento, que na maioria das vezes se cala por medo, vergonha ou para evitar conflitos e embarços é um agravante.

As vítimas de assédio e violência vivenciam situações de estresse, humilhação, vergonha e medo e é papel do profissional não só não cometer esses crimes, mas como estar atento aos colegas que possam ser um provável profissional de saúde-assediador. Algumas características particulares podem indicar como a repetição de comportamentos inadequados. Palavras e ações podem levar a paciente a sentir-se assediada sexualmente. Manipulações genitais demoradas e/ou atípicas, além de alguns tipos de abordagem inapropriados.

Além disso, os profissionais que prestam atendimentos a mulheres devem estar atentos a **sinais diretos e indiretos de violência ou assédio sexual**, independentemente da possibilidade de ter sido provocado por colega ou não. Queixas inespecíficas, comportamento protetor durante o exame físico são avisos silenciosos que devem chamar a atenção de quem está realizando o atendimento (BRASIL, 2025).

É necessário que na abordagem seja reforçado um ambiente protegido, sigiloso com escuta empática e se utilize de perguntas abertas que permitam a pessoa expressar-se livremente, respeitando-se a individualidade e estimulando o protagonismo da mulher no cuidado, orientando sobre as medidas legais, profilaxias, contracepção de emergência e canais de denúncia e suporte psicossocial disponíveis (BRASIL, 2024). A Organização Mundial da Saúde (2020) propõe o protocolo LIVES para abordagem inicial:

L - Listen - Ouvir com atenção

I - Inquire - Investigar as necessidades e riscos

V - Validate - Validar sentimentos

E - Enhance safety - Garantir a segurança

S - Support - Oferecer suporte prático e encaminhamentos

Outro ponto de atenção na conduta ética do profissional é o respeito à diversidade. A sociedade é plural, e é essencial que as condutas estejam em sintonia com essa realidade, indo além do mero conhecimento de normas éticas e legais para incluir o respeito à autonomia e o exercício da razoabilidade. Populações como a negra, indígena, LGBTQIAPN+ e vulneráveis socialmente podem vivenciar desafios únicos no acesso à saúde e na interação com os serviços, incluindo preconceitos, discriminação e barreiras culturais ou sociais, que necessitam de uma atenção ética diferenciada e explícita em cada ação e em todo momento (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005; TESSER, 2024).

Deve-se elencar, por exemplo, a consideração de aspectos culturais no consentimento informado para pacientes indígenas, a discussão sobre a identidade de

gênero na coleta de histórico e no preenchimento de prontuários para pessoas LGBTQIAPN+ e a atenção às iniquidades raciais na saúde que afetam a população negra.

A assistência ética à mulher na transição para a menopausa e pós-menopausa deve reconhecer a pluralidade de vivências, identidades e contextos culturais que atravessam o envelhecer das pessoas. É papel do profissional acolher essas especificidades com respeito, garantindo equidade no cuidado e combatendo preconceitos, estigmas e barreiras institucionais (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2022).

É necessário superar a visão homogênea da “mulher climatérica”, considerando, por exemplo, que mulheres trans podem vivenciar sintomas relacionados à privação hormonal e que mulheres em relacionamentos homoafetivos podem expressar demandas específicas em relação à saúde sexual ou corporal (KELLEY; ARIEL, 2025). A abordagem centrada na pessoa validando seus conhecimentos tradicionais e morais, aliada ao conhecimento científico e à sensibilidade clínica, promove um cuidado mais efetivo e ético.

O cuidado nesta fase deve, ainda, considerar os determinantes sociais da saúde, como escolaridade, cor/raça, local de moradia, renda e apoio familiar. Ao adotar uma perspectiva interseccional, o profissional amplia sua escuta e fortalece o vínculo terapêutico. Mais do que tratar sintomas, é preciso dialogar com projetos de vida, subjetividades e narrativas únicas, respeitando o tempo, os valores e as escolhas de cada mulher.

Reforça-se o compromisso do manual com o respeito à dignidade humana, mas também com a necessidade contínua de capacitação e atualização dos profissionais para oferecer um cuidado mais equitativo, sensível e abrangente, alinhando-se plenamente com o espírito de uma ética na atenção à saúde inclusiva e transdisciplinar.

A atenção ética à saúde da mulher na transição para a menopausa e pós-menopausa exige compromisso com o cuidado integral, atualizado e sensível à diversidade. A escuta ativa, o respeito à autonomia e a **comunicação clara sobre riscos e benefícios terapêuticos** são pilares fundamentais na prática clínica cotidiana. A escolha entre tratamentos hormonais e não hormonais deve

ser feita de forma compartilhada, com base nas melhores evidências e no contexto de vida da paciente.

Ética não se restringe à legalidade ou à técnica: ela se manifesta no cotidiano da consulta, nas decisões prudentes, no acolhimento sem julgamento e na valorização da singularidade de cada mulher. Ao reconhecer as múltiplas realidades femininas e garantir um cuidado seguro, humano e baseado em evidências, o profissional contribui para uma menopausa mais digna, saudável e respeitosa.

Versão preliminar

DIMENSÕES DO CUIDADO



4 Aspectos Psicossociais da Mulher na Menopausa

Principais Mensagens:

- As preocupações com o aumento dos riscos de ansiedade e depressão podem moldar as expectativas e experiências da transição para menopausa, menopausa e pós menopausa. No entanto, não há risco universal ou uniforme de desenvolver sintomas psicológicos durante a transição da menopausa.
- Os fatores de risco para sintomas depressivos neste momento incluem sintomas vasomotores graves e prolongados, distúrbios crônicos do sono e eventos estressantes além disso, pacientes com transtorno depressivo prévio tem risco aumentado de recorrência de um novo episódio depressivo durante a transição da menopausa.
- A transição da menopausa muitas vezes coincide com importantes fatores de estresse na vida, condições de saúde e transições de papéis que aumentam a vulnerabilidade à depressão.
- Profissionais de saúde não devem presumir que os sintomas psicológicos durante a transição da menopausa são sempre atribuíveis a alterações hormonais e devem oferecer tratamentos baseados em evidências; a terapia hormonal na menopausa pode melhorar os sintomas depressivos que surgiram na transição para menopausa e pós menopausa quando estes são concomitantes com distúrbios vasomotores.

BROWN et al., 2024

A menopausa, para além de um marcador biológico, é um fenômeno biopsicossocial que sinaliza o envelhecimento e, por isso, deve ser compreendida também sob uma perspectiva psicológica e social. Sua transição não se restringe às mudanças fisiológicas; ela carrega sentidos e significados que atravessam as dimensões psíquicas e emocionais do envelhecimento na sociedade contemporânea, especialmente nas interseccionalidades de gênero, raça, desigualdade social, entre outras.

Frequentemente envolta em tabus, o período de transição para menopausa e pós menopausa é influenciado por fatores socioculturais como a aceleração do cotidiano, o mito da juventude eterna, a desvalorização das emoções e a marginalização das mulheres à medida que envelhecem em uma sociedade patriarcal (GUERRA, 2018). Nesse contexto, ela costuma ser retratada de forma negativa, com foco excessivo em seus sintomas e uma abordagem predominantemente medicalizadora (GUERRA, 2018).

Do ponto de vista biológico, a transição menopausal envolve mudanças neuroquímicas que podem afetar o humor, já que a queda do estrogênio influencia neurotransmissores como serotonina e dopamina, essenciais para o bem-estar emocional (KUPPERMAN; BLATT, 1953; BROWN et al., 2023; BRINTON et al., 2015). No entanto, sem uma análise crítica que considere o gênero como determinante social, a menopausa pode ser reduzida a uma condição patológica, sem considerar os diversos fatores socioculturais que impactam o bem-estar feminino, reduzindo-a a um problema clínico em vez de reconhecê-la como um processo natural (PATEL, 2005; ZANELLO, 2018).

Essa tendência à patologização não é recente. Historicamente, a menopausa tem sido associada a distúrbios emocionais, refletindo concepções médicas que vinculam a saúde mental feminina à função reprodutiva. Em 1816, Charles-Pierre-Louis de Gardanne descreveu a “histeria” como um sintoma típico da menopausa. A própria origem da palavra “histeria” remonta ao termo grego *hysteron*, que significa “útero”, evidenciando como esse órgão foi historicamente tratado como a fonte do descontrole emocional feminino (CLEGHORN, 2022). Entre as crenças que perpetuaram essa visão, destaca-se a teoria do “útero errante” (*Wandering Womb*), surgida na Grécia Antiga e perpetuada por séculos na medicina acadêmica europeia e no imaginário popular. Segundo essa teoria, acreditava-se que o útero poderia deslocar-se pelo corpo, causando sintomas como histeria, obstrução

do fluxo menstrual e dificuldades respiratórias. Descrito como um órgão “voraz” e com uma “necessidade insaciável” de procriar, o útero era comparado a um predador. Essas ideias perduraram por séculos e reforçaram a concepção de que a saúde das mulheres estava intrinsecamente ligada à sua capacidade reprodutiva, associando o útero como responsável pelo equilíbrio emocional e mental (CLEGHORN, 2022; BBC BRASIL, 2024).

A psiquiatria foi moldada por discursos de psiquiatras homens sobre a loucura e o sofrimento psíquico feminino (ENGEL, 2004). Nesses discursos, tudo que é próprio da vivência feminina tem a tendência a ser visto como patológico, anormal. A crença de que a transição da menopausa está universalmente associada a problemas de saúde mental, segue a mesma lógica. O termo climatério, derivado do grego *klimakter* e do latim *climaterium*, significa “ponto crítico da vida humana”, sendo associado a uma fase de crise (ORIGEM DA PALAVRA, 2025). Em 1959, Kupperman, Wetchler e Blatt descreveram a menopausa como um período da vida “bastante desagradável e possivelmente perigoso”, e desenvolveram a primeira lista de verificação de sintomas da menopausa amplamente utilizada. Notavelmente, nesta escala, o Índice Blatt-Kupperman inclui sintomas psicológicos, como melancolia e nervosismo, informando a inclusão de sintomas psicológicos nas escalas contemporâneas de avaliação da menopausa. **Embora esta abordagem tenha aumentado o perfil das condições de saúde mental que requerem cuidados, também pode ter contribuído para a crença generalizada de que a transição menopausal está universalmente associada a problemas de saúde mental (BROWN et al., 2023; SHITOMI-JONES et al., 2024).**

Sintomas vasomotores, como fogachos e sudorese noturna, por exemplo, podem comprometer a qualidade do sono e, conseqüentemente, elevar escores em escalas de sintomas depressivos, mesmo na ausência dos critérios diagnósticos centrais da depressão, como humor persistentemente deprimido e anedonia (SHITOMI-JONES et al., 2024). Da mesma forma, embora não existam evidências robustas de que a prevalência de transtornos de ansiedade aumente durante a transição menopausal, a ansiedade somática parece estar associada a sintomas vasomotores de moderada a alta intensidade (LOPRINZI et al., 2008). Esse achado sugere que a redução da ansiedade pode aliviar o desconforto causado pelos sintomas vasomotores, tornando-se um alvo importante para intervenções terapêuticas. Essas intervenções não precisam se limitar ao uso de medicamentos, podendo incluir abordagens como atividade física, yoga e meditação que, embora não demonstrem

eficácia na redução dos sintomas vasomotores, podem trazer outros benefícios para a saúde, contribuindo na regulação do estresse e na melhoria do bem-estar emocional (THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2023).

A associação entre menopausa e depressão é amplamente difundida, com estudos indicando um aumento de duas a quatro vezes no risco de sintomas ou transtornos depressivos durante essa transição (SHITOMI-JONES et al., 2024; BROMBERGER et al., 2010; BROMBERGER et al., 2007). No entanto, muitos trabalhos apresentam o risco relativo e não distinguem adequadamente sintomas depressivos de transtornos clínicos. Além disso, pesquisas que explorem qualitativamente a experiência da menopausa e seus aspectos socioculturais ainda são limitadas (SHITOMI-JONES et al., 2024). Estudos transculturais mostram que a prevalência da depressão na menopausa varia entre países, com índices de 10,7% na Austrália, 36,3% na China e 42,47% na Índia (JIA et al., 2025).

No Reino Unido, uma meta-análise com 55 estudos e 76.817 participantes encontrou uma prevalência combinada de depressão de 33,9% na perimenopausa e 34,9% na pós-menopausa (JIA et al., 2025). Esses dados sugerem que fatores ambientais e sociais também são relevantes para analisar estes dados de prevalência sobre depressão na menopausa. **É notório que ainda predomina na literatura uma abordagem centrada em explicações biológicas e hormonais, sem considerar os determinantes sociais da saúde, refletindo um viés histórico nos estudos sobre saúde mental feminina. Há um déficit na incorporação de perspectivas de gênero nas pesquisas sobre menopausa, tornando essencial a adoção de abordagens interdisciplinares que articulem fatores biológicos e sociais para promover uma atenção mais integral à saúde mental das mulheres nessa fase da vida.**

A construção social do envelhecimento, marcada por estigmas e visões negativas, também exerce um papel crucial na forma como os sintomas são interpretados e tratados. A menopausa, associada à perda de vitalidade e envelhecimento como algo a ser corrigido ao invés de munido de apoio e suporte para ser vivido em sua singularidade com qualidade, é o que precisa ser revisitado ao pensar em estratégias de cuidado.

“Em uma cultura que valoriza a juventude, a beleza e a fecundidade como atributos centrais da identidade feminina, o envelhecimento das mulheres e o fim do período reprodutivo são frequentemente vistos como um processo de perda e declínio, dentro de uma perspectiva utilitarista do corpo feminino. Não é incomum, que os discursos de sofrimento psicológicos também evidenciam uma inadequação e vergonha sobre o envelhecer, reforçando a ideia de que essa transição seria inevitavelmente marcada pelo sofrimento” (GUERRA, 2018).

A transição para a menopausa frequentemente acontece em um momento de intensas transformações na vida das mulheres, que podem envolver estressores significativos, mudanças nas condições de saúde e alterações nos papéis sociais, fatores que aumentam a vulnerabilidade à depressão (DILLAWAY, 2025). As preocupações sobre o aumento dos riscos de ansiedade e depressão durante essa fase podem influenciar as expectativas e experiências relacionadas à menopausa. No entanto, é importante ressaltar que as mulheres não estão sujeitas a um risco uniforme ou inevitável de desenvolver sintomas psicológicos durante essa transição, já que a experiência é altamente individualizada e pode variar consideravelmente de uma mulher para outra.

Nesse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde não assumam automaticamente que os sintomas psicológicos experimentados durante essa fase sejam exclusivamente atribuíveis às flutuações hormonais. Da mesma maneira, é imprescindível que os profissionais não presumam compreender a complexidade da vivência da mulher a partir de uma escuta inicial dos sintomas, generalizando uma visão homogênea e estereotipada da transição. Em vez disso, é necessário adotar uma abordagem cuidadosa, que respeite a individualidade da experiência de cada mulher, com escuta ativa e participativa, foco na autonomia da pessoa e baseada em evidências para o manejo desses sintomas.

Figura - Interações entre fatores de risco psicossociais específicos da menopausa e fatores de risco psicossociais já estabelecidos para depressão, além de fatores de proteção potencialmente modificáveis que predizem maior risco ou resiliência aos sintomas depressivos durante a transição da menopausa. Traduzido e



Interações entre fatores de risco psicossociais específicos da menopausa e estabelecidos para depressão e fatores de proteção potencialmente modificáveis que predizem maior risco ou resiliência a sintomas depressivos durante a transição da menopausa

adaptado de: BROWN et al., 2024

Estudos globais também indicam que as atitudes em relação à menopausa variam conforme o contexto cultural e social, influenciando diretamente a experiência das mulheres (PERIANES; KISSLING, 2025). A European Menopause Survey (Pesquisa Europeia sobre Menopausa, tradução livre) mostrou que as mulheres do Reino Unido relataram sintomas mais intensos e uma pior qualidade de vida em comparação com as mulheres da Espanha e França (GENAZZANI et al., 2006). Em contraste, o Asian Menopause Study (Estudo Asiático sobre Menopausa, tradução livre) revelou que muitas mulheres evitam tratar os sintomas menopausais por acreditarem que a menopausa é um processo natural da vida, preferindo

recorrer a métodos alternativos de alívio, como remédios naturais ou fitoterápicos (HUANG et al., 2010).

Essas diferentes respostas demonstram a complexidade e o componente cultural da experiência menopausal e a necessidade de ampliarmos a compreensão social, com ênfase em questões étnico-raciais, sobre menopausa para oferecer apoio nesse processo. O primeiro passo, é compreender que este tema ainda é permeado de estigmas na sociedade e que é necessário romper com elas ampliando o diálogo e proporcionando espaços que promovam o acesso à informação de qualidade.

Pesquisas apontam que há um baixo nível de conhecimento sobre o ciclo menstrual ao longo da vida, o que se reflete também em dificuldade no entendimento quanto à transição menopausal (ALJUMAH; PHILLIPS; HARPER, 2023; TARIQ et al., 2023). Um estudo no Reino Unido mostrou que 64% das mulheres não receberam orientações sobre a menopausa previamente, o que resulta em desinformação e confusão quanto aos sintomas de ondas de calor, alterações de humor e dificuldades para dormir (ALJUMAH; PHILLIPS; HARPER, 2023). Além disso, muitos médicos, cerca de 50% não receberam treinamento específico sobre menopausa e apenas 66% deles se sentem confiantes ao tratar dessas questões com suas pacientes (TARIQ et al., 2023). Essa falta de preparo reflete a lacuna quanto à temática da menopausa na formação médica e a limitação do tempo de consulta, que muitas vezes não é suficiente para elucidar essas questões. A falta de orientações e informações adequadas, pode aumentar a insegurança, a reprodução de mitos e a medicalização desnecessária dos sintomas menopausais (ALJUMAH; PHILLIPS; HARPER, 2023).

É nesse contexto que se torna essencial ampliar a compreensão da promoção da saúde mental na menopausa, indo além da visão de que ela é apenas uma resposta a mudanças hormonais. A saúde mental é um reflexo das condições sociais, culturais e pessoais em que os indivíduos estão inseridos. Não se trata de negar a importância da biologia, mas de reconhecer a complexa interface entre mente, cérebro, corpo e cultura (ZANELLO, 2018). O ponto chave aqui é compreender que toda experiência humana é culturalmente construída, profundamente enraizada, e, por isso, exerce um poder significativo na configuração das experiências emocionais, nos processos psicológicos e nos mecanismos subjacentes a eles (ZANELLO, 2018).

Portanto, as estratégias de enfrentamento e promoção de saúde também devem ser construídas de forma a apoiar como as pessoas percebem e lidam com o mundo ao seu redor. Enfatizar esse ponto é crucial para desenvolver estratégias eficazes para a promoção da saúde e na redução de estigmas na menopausa. Um dos primeiros passos nesse sentido, é partir da ampliação da compreensão sobre saúde mental, propondo uma abordagem que vá além do cuidado biológico e individual, para uma abordagem mais abrangente que inclua os aspectos sociais, culturais em suas estratégias. Isso envolve o reconhecimento de estruturas sociais que operam em nossa cultura, como o racismo estrutural, o sexismo e sistemas econômicos, também estão moldando as experiências de menopausa e tem impacto direto no acesso à informação e no suporte aos cuidados ofertados.

Oferecer programas psicoeducativos e espaços de escuta que proporcionem informações baseadas em evidências científicas, combatendo mitos e tabus sobre a menopausa e o envelhecimento, faz parte do trabalho de promoção do cuidado integral. Abordagens como **grupos terapêuticos, rodas de conversa e até mesmo comunicações visuais informativas**, que apoiam o desenvolvimento ativo e mais positivo desta etapa podem **fortalecer a autonomia e qualidade de vida das pessoas, considerando suas necessidades emocionais e culturais dentro dos diversos contextos em que vivem**.

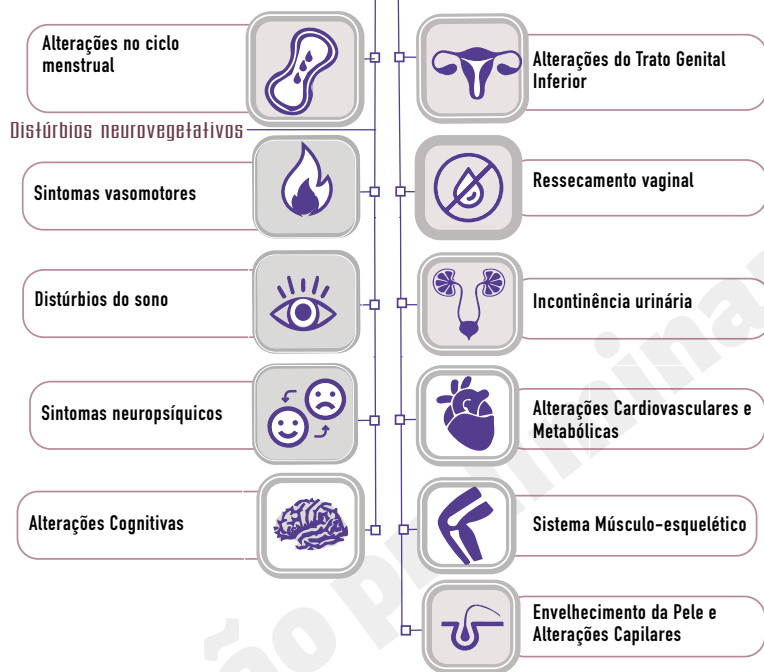
O foco, portanto, está em promover uma visão mais ampla da menopausa como uma fase do desenvolvimento humano, que pode ser vivenciada com qualidade de vida e autonomia, se devidamente apoiada. O estigma associado ao envelhecimento feminino precisa ser superado para que as mulheres recebam o apoio necessário e possam viver essa fase de maneira mais plena. Isso implica em uma mudança cultural e no desenvolvimento de estratégias de cuidado que considerem as diferentes condições de vida e os determinantes sociais de saúde, além de privilegiar um cuidado que empodera, escuta e compartilha com a pessoa a ser cuidada. O enfrentamento do sofrimento psíquico das mulheres, especialmente aquelas que enfrentam discriminação ou violência, deve ser central na construção de políticas públicas e durante a proposição de intervenções que almejam ser eficazes.

DIMENSÕES DO CUIDADO



5 Fisiologia e Manifestações clínicas em curto, médio e longo prazo

Manifestações clínicas transitórias — Manifestações Clínicas Não-Transitórias



Os sinais e sintomas menopausais ocorrem em um momento da vida das mulheres em que frequentemente estão ativamente envolvidas na criação da família e/ou lidando com um trabalho de tempo integral, durante o qual também podem ter a responsabilidade de cuidar de pais idosos entre outras situações socioeconômicas e culturais e territoriais. Os indivíduos acometidos geralmente ficam confusos com as mudanças notáveis no humor, padrões de sono, memória e forma corporal que ocorrem, bem como o início dos sintomas vasomotores e urogenitais, trazendo repercussões na qualidade de vida e na vida sexual (MONTELEONE et al., 2018).

Assim, as alterações hormonais que começam durante a transição menopausal afetam muitos sistemas biológicos e estendem-se durante a pós-menopausa. Consequentemente, os sinais e sintomas menopausais podem incluir alterações neurovegetativas relacionados ao sistema nervoso central; alterações metabólicas, de peso, circunferência abdominal e sintomas cardiovasculares e musculoesqueléticos; atrofia urogenital e disfunção sexual e alterações de pele e fâneros. A base fisiológica dessas manifestações emerge como complexa e relacionada, mas não limitada à privação de estrogênio (FRITZ; SPEROFF, 2011).

Fisiopatologia

Os sintomas menopausais ocorrem devido à redução progressiva e permanente da reserva folicular ovariana, levando ao declínio da produção hormonal. Esse processo acontece ao longo de vários anos e é dividido em duas fases: a transição menopausal e a pós-menopausa, períodos marcados por importantes alterações hormonais (FRITZ; SPEROFF, 2011).

Para compreender a transição para menopausa e pós menopausa é essencial primeiro entender o ciclo menstrual. Ele ocorre por meio da interação entre o hipotálamo, a hipófise e os ovários, conhecida como eixo HHO. Os ovários respondem aos hormônios produzidos pelo cérebro (gonadotrofinas) realizando dois processos fundamentais: a produção de hormônios sexuais (esteroidogênese) e o desenvolvimento dos folículos ovarianos (foliculogênese). Esses processos estão interligados, pois a produção hormonal depende do crescimento e funcionamento das células dos folículos (FRITZ; SPEROFF, 2011).

A formação dos folículos começa ainda na vida intra uterina, por volta da oitava semana, e segue um ciclo contínuo de crescimento e perda (atresia), sem possibilidade de reposição. Esse processo ocorre ao longo da vida, independentemente de fatores como gravidez, anovulação ou uso de anticoncepcionais. Dos milhões de folículos presentes no nascimento, apenas cerca de 400 chegarão à maturidade e resultarão em ovulação e menstruação durante a fase reprodutiva, enquanto os demais serão perdidos pela atresia (FRITZ; SPEROFF, 2011).

O declínio da quantidade e qualidade dos folículos ovarianos durante a vida contribui para a diminuição da fertilidade ao longo dos anos, desta forma aos 40 anos de idade os ovários apresentam 10 a 15% de reserva germinativa ovariana. Ressaltando que isso pode ser menor a depender da genética, estilo de vida, cirurgias prévias entre outros fatores como quimioterapia, radioterapia e tabagismo, por exemplo. Esta perda do *pool* folicular com o passar dos anos determina alterações hormonais importantes, responsáveis pelas alterações fisiológicas no eixo hipotálamo-hipófise-ovariano (HHO) e das características do período da transição menopausal, a ocorrência da menopausa e a pós-menopausa (FRITZ; SPEROFF, 2011; TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO, 2019).

O funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-ovário (HHO) depende da regulação hormonal para garantir a produção dos hormônios sexuais ovarianos.

De forma simplificada, o hipotálamo libera, de maneira pulsátil, o hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH). Esse hormônio chega à hipófise por meio do sistema porta- hipofisário, uma rede de vasos sanguíneos que conecta essas duas estruturas. Em resposta ao GnRH, a hipófise produz dois hormônios essenciais: o hormônio folículo- estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH).

O **FSH** estimula o crescimento e a maturação dos folículos ovarianos até que um deles seja selecionado para ovulação. O **LH** atua na luteinização das células do folículo, promove a maturação final do óvulo e desencadeia a ovulação. Esse processo é regulado por um mecanismo de retroalimentação dos hormônios ovarianos. **Estradiol** e a **inibina B**, produzidos pelos ovários, ajudam a regular a liberação de **FSH** e **LH**, mantendo o equilíbrio do ciclo hormonal.

Durante a transição menopausal, ocorre a redução progressiva da **inibina B** e do estradiol devido à diminuição da reserva folicular. Com isso, o controle sobre a liberação de **FSH** se torna menos eficaz, levando a um aumento desse hormônio. Esse processo provoca variações imprevisíveis na produção de estradiol. Com o tempo, os ovários tornam-se menos responsivos à estimulação hormonal, reduzindo ainda mais a produção de estradiol e assim não ocorrendo a ovulação. Como consequência, ocorre a anovulação e não haverá a produção de progesterona, porque não formará o corpo lúteo, resultando em ciclos menstruais irregulares e no aumento progressivo dos níveis de **FSH**.

A menopausa é definida retrospectivamente, quando a mulher apresenta ausência de menstruação por 12 meses consecutivos. Esse evento ocorre devido à atresia natural dos folículos ovarianos e à consequente falha na produção hormonal. Além da menopausa natural, esse processo pode ser induzido por intervenções médicas, como cirurgias ou tratamentos que levam à interrupção da função ovariana.

Na pós-menopausa, a depleção dos folículos ovarianos resulta na redução da produção de estradiol (E2) e inibina B, cessando a ovulação e a menstruação. A diminuição da sensibilidade ovariana ao hormônio folículo-estimulante e ao hormônio luteinizante interrompe o mecanismo de retroalimentação do E2 e da inibina B no eixo hipotálamo-hipófise. Como consequência, ocorre um aumento na liberação do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), FSH e LH.

Na tentativa de compensar a queda na produção de estradiol pelos ovários, a hipófise responde com picos de secreção de **GnRH, resultando na liberação excessiva de gonadotrofinas e levando a um estado de hipogonadismo hipergonadotrófico**. Nos primeiros anos após a menopausa, **os níveis de FSH e LH atingem valores elevados devido à baixa resposta ovariana, atingem um plateau, mas tendem a diminuir progressivamente com o avanço da idade** (FRITZ; SPEROFF, 2011; MONTELEONE et al., 2018).

Em mulheres na pós-menopausa, a produção de estrogênio continua, embora em níveis reduzidos. A principal fonte passa a ser a conversão periférica da androstenediona em estrona no tecido adiposo, por meio da aromatização. Apesar das baixas concentrações circulantes, a estrona torna-se o estrogênio predominante nesse período.

IMPORTANTE: O diagnóstico de menopausa é clínico, não havendo necessidade de dosagens hormonais para confirmá-lo. Ainda que possa ser importante a dosagem de FSH confirmatória em alguns casos, como na suspeita de menopausa precoce, em pacientes histerectomizadas ou naquelas que fazem uso de progestágeno contínuo (SIU levonorgestrel, desogestrel, acetato de medroxiprogesterona trimestral).

Algumas situações clínicas necessitarão de dosagens hormonais, como por exemplo, irregularidade menstrual ou amenorréia e quadro clínico não compatível; pessoa com ovários e idade entre 40-45 anos com desejo reprodutivo (ou seja, de engravidar); outras condições clínicas como hipotireoidismo e hiperprolactinemia, como diagnóstico diferencial. Porém, níveis de FSH acima de 25-30 mUI/mL e estradiol (E2) menores do que 20 pg/mL são característicos do período pós-menopáusico (THE NAMS 2020 GSM POSITION STATEMENT EDITORIAL PANEL, 2020), embora apenas a dosagem de FSH é utilizada na prática clínica, quando há indicação, como descrito acima.

Manifestações clínicas

Sinais e sintomas

As alterações hormonais na pós-menopausa desencadeiam uma cascata de sintomas que afetam tanto o sistema nervoso central (SNC) quanto os diversos

sistemas periféricos, com intensidade e duração variáveis. Durante a transição menopausal, são frequentemente relatada **alterações no ciclo menstrual, sintomas vasomotores, mudanças de humor e distúrbios do sono**. Nos primeiros cinco a seis anos após a menopausa, esses sintomas podem persistir, juntamente com **queixas relacionadas ao trato genital inferior e à função sexual**. Em estágios mais tardios da pós-menopausa (após seis anos), **tornam-se mais evidentes mudanças no peso corporal, comprometimentos cognitivos e de memória, além do aumento de risco cardiovascular e impactos na saúde óssea**.

Estudos epidemiológicos internacionais e interétnicos demonstraram que a incidência e prevalência de sintomas da menopausa podem variar de acordo com características individuais, comorbidades como obesidade, diferenças étnicas e/ou regiões geográficas, histórico pessoal, fatores ambientais, comportamentais entre outros. Seguem os principais sinais e sintomas da transição para menopausa e pós- menopausa (MONTELEONE et al., 2018; THE NAMS 2020 GSM POSITION STATEMENT EDITORIAL PANEL, 2020; GREEN; SANTORO, 2009; THURSTON; JOFFE, 2011) (Figura 1).

Os sinais e sintomas clínicos do climatério ainda podem ser divididos em transitórios, representados pelas alterações do ciclo menstrual e pela sintomatologia mais aguda, e não transitórios, representados pelos fenômenos atróficos geniturinários, distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo.

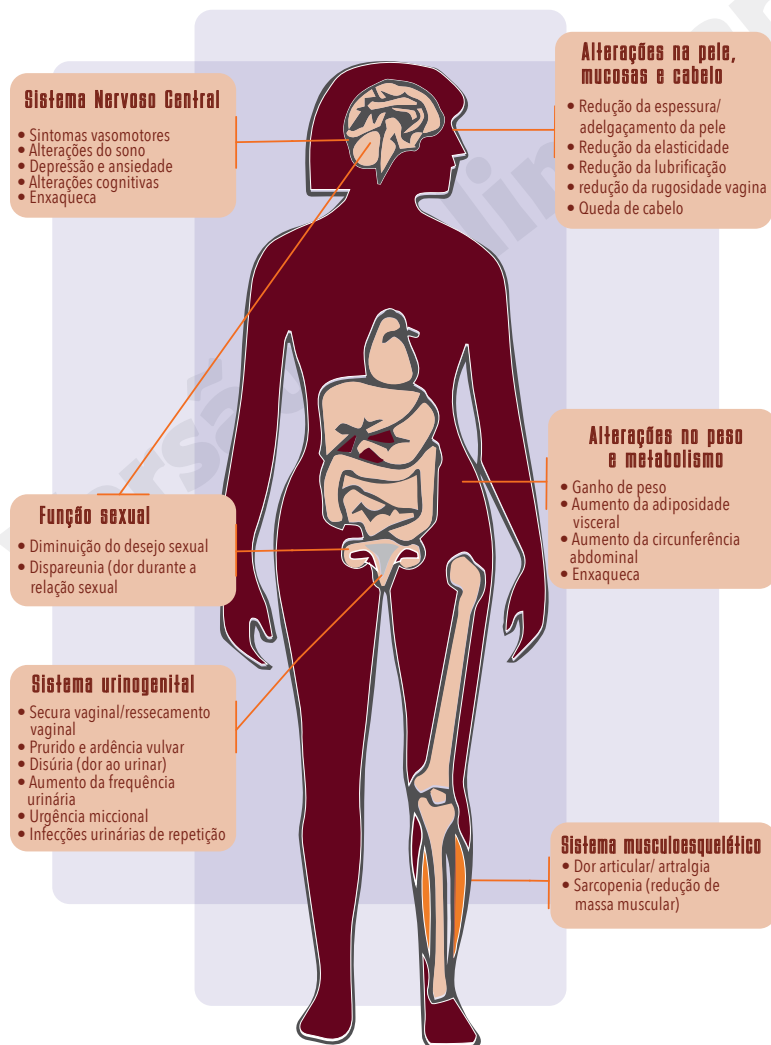
Manifestações clínicas transitórias



Alterações no ciclo menstrual: A irregularidade menstrual é a queixa mais comum durante a transição menopausal, caracterizando-se por variações na intensidade do fluxo, na duração e na frequência dos sangramentos. Essas alterações refletem a crescente ocorrência de ciclos anovulatórios, resultando em modificações na secreção de estrogênio e progesterona. Inicialmente, os ciclos tendem a se tornar mais curtos, evoluindo progressivamente para períodos prolongados de amenorreia até a cessação completa da menstruação. Além disso, o padrão de fluxo pode sofrer variações, sendo comum o aumento do sangramento menstrual (MONTELEONE et al., 2018; THURSTON; JOFFE, 2011; GREEN; SANTORO, 2009).

IMPORTANTE: Nos casos de sangramento uterino intenso, é mandatória a investigação e exclusão de patologias benignas e malignas como miomas, pólipos, hiperplasias endometriais e carcinoma de endométrio (TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO, 2019).

Figura 1. Visão geral dos sintomas menopausais.



Fonte: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29393299/>



Distúrbios neurovegetativos

Sintomas vasomotores: Aproximadamente 75% das mulheres apresentam sintomas vasomotores durante a menopausa. Os sintomas vasomotores **são a marca registrada da menopausa e são definidos como ondas de calor e suor, às vezes seguidos de tremores e sensação de frio.** A duração pode ser de alguns segundos a 30 minutos. Trata-se de manifestação e sensação transitória súbita e intensa de calor na pele, que inicia no tronco e evolui para pescoço e face, podendo apresentar hiperemia, acompanhada na maioria das vezes de sudorese. Além disso, **pode ocorrer palpitação e mais raramente, sensação de desfalecimento, gerando desconforto e mal-estar.** Sua intensidade varia muito, desde muito leves a intensos, ocorrendo esporadicamente ou várias vezes ao dia. Podem incluir palpitações (taquicardia), tremores de extremidades, ruborização de início repentino e aparentemente aleatório durante o dia e até mesmo à noite, com intensidade variada. Podem ter duração diversificadas e começar 2 anos antes do último período menstrual (UPM), estendendo-se por 5 anos após o UPM em cerca de metade das mulheres. Aproximadamente 12% das mulheres continuarão relatando sintomas até 11–12 anos após o UPM. Os sintomas vasomotores influenciam a qualidade de vida das mulheres durante o dia e atrapalham as atividades diárias, ademais alteram muito a qualidade do sono.

A etiologia das ondas de calor ainda é controversa, sendo atribuída na maioria dos estudos a alterações no centro termorregulador provocadas pelo hipoes-trogenismo, levando a um aumento na serotonina e noradrenalina e aumento dos pulsos de GnRH e do LH. A ocorrência dos sintomas vasomotores está associada a uma redução na zona termoneutra do corpo no hipotálamo (SNC), o que significa que pequenos aumentos na temperatura corporal central podem desencadear uma reação termorregulatória excessiva e promover a dissipação de calor pela vasodilatação periférica e suor.

O circuito termorregulador é composto de elementos funcionais que estão sob controle catecolaminérgico e/ou serotoninérgico, e ao hipotálamo é atribuído um papel fundamental na integração de informações térmicas e no controle de reações termorregulatórias. Durante a perimenopausa, os ciclos hormonais dessincronizam, levando a níveis erráticos de hormônios sexuais, que frequentemente atingem o pico e despencam. A disfunção termorregulatória pode ser resultado de uma má adaptação do cérebro a essa aciclicidade, com alterações na função das vias noradrenérgicas e serotoninérgicas que normalmente têm um papel decisivo na

estabilização da zona termoneutra. O hipoestrogenismo está relacionado à redução de serotonina e outros neurotransmissores em fenda sináptica, causando simplificada um desequilíbrio nas vias serotoninérgicas e dopaminérgicas no centro termorregulador, mesmo mecanismo observado nas alterações do humor e no sono (MONTELEONE et al., 2018; THURSTON; JOFFE, 2011; THE NAMS 2020 GSM POSITION STATEMENT EDITORIAL PANEL, 2020; TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO, 2019; GREEN; SANTORO, 2009).

Assim, os fogachos ou “ondas de calor” constituem o sintoma bastante relatado e comum nas mulheres ocidentais. O consumo de bebidas alcoólicas ou líquidos e alimentos quentes, ambientes com alta temperatura, estresse, emoções intensas, aglomerações de pessoas, ambientes abafados, uso de roupas quentes estão associadas com o desencadeamento dos fogachos, devendo ser evitadas. **Outros sintomas neurovegetativos** encontrados frequentemente são os calafrios, a insônia ou sono agitado, vertigens, parestesias, diminuição da memória e fadiga, que muitas vezes são relacionados a etiologias diversas ao climatério.



Distúrbios do sono: Alterações no padrão de sono, particularmente despertares noturnos, são queixas importantes e são relatadas por 40–60% das pessoas que vivenciam a transição menopausal e pós-menopausa. O declínio da qualidade do sono se dá também pelas ondas de calor noturnas que ocorrem, mais comumente, durante as primeiras 4 horas de sono e estão associadas a um maior número de episódios de despertar após o início do sono (MONTELEONE et al., 2018; THURSTON; JOFFE, 2011; THE NAMS 2020 GSM POSITION STATEMENT EDITORIAL PANEL, 2020; TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO, 2019; GREEN; SANTORO, 2009).

Estudos epidemiológicos revelaram aumento da incidência de insônia na transição menopausal e pós-menopausa. Alguns trabalhos mostraram que as mulheres que apresentam fogachos têm mais distúrbios de sono, isto é, número significativamente maior de despertares como também menor eficiência de sono. Esses fatos sugerem que o estado hormonal teria influência na qualidade de sono. Não está claro, entretanto, se esta alteração é devida aos fogachos ou se a instabilidade hormonal ocasionaria os fogachos e a alteração no sono simultaneamente. Os fogachos levam a fragmentação do sono e insatisfação com o mesmo. Com isso, observa-se piora na qualidade de vida. Em mulheres na pós-menopausa, os valores elevados de IMC e a obesidade abdominal se associam a distúrbios de sono, com redução do tempo de sono profundo e da eficiência do sono, elevando o risco de Apneia

Obstrutiva do Sono (AOS) (MONTELEONE et al., 2018; FRITZ; SPEROFF, 2011; THURSTON; JOFFE, 2011; THE NAMS 2020 GSM POSITION STATEMENT EDITORIAL PANEL, 2020; TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO, 2019; GREEN; SANTORO, 2009; CORRÊA et al., 2014).



Sintomas neuropsíquicos: Entre esses sintomas compreendem a labilidade emocional, ansiedade, nervosismo, irritabilidade, melancolia, baixa autoestima, dificuldade para tomar decisões, tristeza e depressão. Esses sintomas podem apresentar-se isoladamente ou em conjunto em algum período do climatério em intensidade variável. A hipótese biológica mais provável e credenciada subjacente às mudanças no humor é que as flutuações nos níveis de hormônios esteroides, mais do que seu declínio, podem desencadear humor depressivo perimenopausal. A descrição de humor deprimido, choro fácil, labilidade emocional, sensação de irritação fácil, hostilidade e acesso de irritabilidade e nervosismo são descritos nesta fase. Sabe-se que o estrogênio em fenda sináptica funciona modulando a transmissão da serotonina no cérebro e influenciando diversas funções, incluindo humor e cognição. Essa modulação ocorre por meio de diversos mecanismos, como a regulação da expressão de receptores de serotonina e a alteração da atividade de enzimas envolvidas na síntese e degradação da serotonina (MONTELEONE et al., 2018; THURSTON; JOFFE, 2011; THE NAMS 2020 GSM POSITION STATEMENT EDITORIAL PANEL, 2020; TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO, 2019; GREEN; SANTORO, 2009).

Além disso, aspectos sociais podem agravar estes sintomas como vivência de viuvez, separação, aposentadoria, perda de entes queridos, mudanças dos filhos (síndrome do ninho vazio) e sobrecarga com o cuidado de netos e ou dos pais envelhecidos (ninho cheio). Ainda, a depressão prévia ou familiar e antecedente de depressão pós-parto podem ser antecedentes importantes a serem considerados no cuidado (ABREU et al., 2022).



Alterações Cognitivas: Acredita-se que o estradiol tenha um papel importante no desempenho cognitivo, pois estudos anatômicos demonstraram que o hipocampo e o córtex pré-frontal, que mediam a memória episódica e de trabalho, expressam altos níveis de receptores de estrogênio (ERs). A ativação dos ERs pode modular a síntese, liberação e metabolismo de neurotransmissores (como serotonina, dopamina e acetilcolina) e neuropeptídeos, e também pode influenciar a excitabilidade elétrica, a função e as características morfológicas das sinapses. “O nevoeiro cerebral, também conhecido como ‘brain fog’, é uma sensação de

confusão mental, dificuldade de concentração, lapsos de memória e lentidão de raciocínio. Dificuldade em encontrar palavras durante uma conversa, um esquecimento de compromissos ou tarefas importantes e uma sensação de estar sobrecarregada mentalmente podem ser sintomas cognitivos referidos. A frustração decorrente desses lapsos de memória e da sensação de estar constantemente distraída pode levar a uma diminuição da autoestima e a um aumento da ansiedade” (MONTELEONE et al., 2018; THURSTON; JOFFE, 2011; THE NAMS 2020 GSM POSITION STATEMENT EDITORIAL PANEL, 2020; TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO, 2019; GREEN; SANTORO, 2009).

Manifestações Clínicas Não-Transitórias



Alterações do Trato Genital Inferior: O hipoestrogenismo de longo prazo do ponto de vista histológico determina redução do conteúdo de colágeno e hialinização, diminuição do conteúdo de elastina, afinamento do epitélio vaginal, morfologia e função alterada das células musculares lisas da vagina, aumento da densidade do tecido conjuntivo e menos vasos sanguíneos. O fluxo sanguíneo vaginal é reduzido, assim como a lubrificação e elasticidade da vagina, com consequente dispareunia. Além disso, pode ocorrer diminuição do pregoejamento vaginal, fissuras nas paredes vaginais podem surgir e, posteriormente, evoluir para o encurtamento e estreitamento da vagina.



Essas alterações anatômicas resultam em **sintomas genitais** como ressecamento, ardência e irritação, e **sintomas sexuais**; ausência de lubrificação, desconforto ou dor – dispareunia, piora da função sexual e **sintomas urinários**; urgência miccional, disúria, infecções recorrentes do trato urinário, piora da incontinência urinária preexistente.

Neste cenário o agravamento das distopias genitais é facilitado. As disfunções sexuais são negativamente associadas a este período de vida e relatadas como dificuldade de atingir o orgasmo, menor excitação e a capacidade de atingir o clímax com um parceiro. Além disso, a diminuição dos níveis de estrogênio na transição menopausal tardia leva à diminuição da congestão vascular e da lubrificação da vagina, resultando em relações sexuais insatisfatórias ou dolorosas (MONTELEONE et al., 2018; THURSTON; JOFFE, 2011; THE NAMS 2020 GSM POSITION STATEMENT EDITORIAL PANEL, 2020; TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO, 2019; GREEN; SANTORO,

2009). Os principais sintomas referidos são chamados de síndrome genitourinária da menopausa e seguem na Tabela 1 (ANGELOU et al., 2020).

As alterações atróficas genitourinárias são atualmente conhecidas como “Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGUM)”, e ocorrem pela redução dos níveis de estrogênio afetando a mucosa vaginal e o trato urinário inferior. No entanto, as manifestações clínicas do hipoestrogenismo variam amplamente, influenciadas por fatores biológicos como produção basal de estrogênio pelas suprarrenais e ovários, conversão periférica, obesidade, uso de medicamentos, fatores psico-emocionais, sociais e culturais, hábitos de vida e frequência de atividade sexual.

Quadro 1: Principais sintomas da síndrome geniturinária da menopausa.

GENITAL	Vagina seca
	Irritação / ardor / prurido
	Leucorreia
	Afinamento / embranquecimento dos pelos pubianos
	Dor e pressão vaginal / pélvica
	Prolapso vaginal
SEXUAL	Dispareunia
	Redução da lubrificação
	Sangramento pós-coito
	Diminuição da excitação, orgasmo, desejo
	Desejo sexual hipoativo
	Disorgasmia
URINÁRIO	Disúria
	Urgência urinária
	Incontinência por estresse / urgência
	Infecções urinárias recorrentes
	Prolapso uretral
	Isquemia do trigono vesical

Fonte: adaptado de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7212735/pdf/cureus-0012-00000007586.pdf>

A maioria das mulheres após a menopausa apresenta algum grau de adelgaçamento da mucosa que reveste o aparelho geniturinário, com diminuição de lubrificação e maior fragilidade nas relações sexuais. Sintomas como ressecamento vaginal, dispareunia, ardor e prurido vaginal, disúria, urgência miccional, infecções urinárias, sugerem a necessidade de avaliação do grau de atrofia e instituição de tratamento.

O enfoque terapêutico deve ser centrado na escuta qualificada e na avaliação das necessidades da usuária. O tratamento não hormonal, com lubrificantes e hidratantes vaginais, mudanças no estilo de vida, fortalecimento muscular e apoio psicossocial têm efeito significativo nos sintomas e são indicados, quando há contra indicação à terapia hormonal. O tratamento hormonal local com estrogênios pode ser considerado quando não houver contra indicações, preferencialmente após discussão sobre riscos e benefícios. A decisão deve ser compartilhada, respeitando as preferências e condições clínicas da usuária.

O cuidado deve ser integral, acolhedor e multiprofissional, considerando não apenas o alívio dos sintomas, mas também os aspectos emocionais, relacionais e de qualidade de vida. **A prevenção quaternária é essencial para evitar medicalização excessiva, intervindo apenas quando houver clara indicação clínica e desejo da usuária.**

Alterações do Trato Genital Inferior Distopias

A etiologia dos prolapsos genitais está relacionada a muitos fatores, como constituição estrutural óssea e muscular da pelve, qualidade da assistência obstétrica, paridade, fatores raciais, metabolismo do colágeno e envelhecimento dos tecidos.

É essencial reconhecer que a diminuição progressiva dos níveis de estrogênio, especialmente durante os períodos de perimenopausa (retirar menopausa) e pós-menopausa, contribui para mudanças na elasticidade e tônus das estruturas musculares e ligamentares da pelve. Todavia, esta é apenas uma das muitas condições que se somam ao processo natural de envelhecimento tecidual.

No entanto, mulheres jovens podem manifestar distopias relacionadas a doenças crônicas debilitantes, desnutrição, condições neurológicas ou alterações

constitucionais que comprometem os mecanismos de suporte pélvico. A sobrecarga física decorrente de trabalhos que exigem esforço repetitivo ou intenso também é um fator relevante.

É fundamental que os profissionais de saúde considerem as influências sociais, culturais e raciais de forma crítica, evitando a perpetuação de estigmas ou determinismos biológicos. A literatura indica variações na prevalência dessas condições, as quais devem ser entendidas no contexto interseccional dos determinantes sociais de saúde.

Entre as distopias, em seus variados graus, estão as cistocèles, uretrocèles, retocèles, prolapso uterinos, da cúpula vaginal e enterocèles. As roturas perineais decorrentes de lacerações de parto, embora não sejam distopias, são importantes por interferirem na funcionalidade das estruturas do assoalho pélvico.

O tratamento deve ser centrado na escuta qualificada e na decisão compartilhada, valorizando a autonomia da usuária. As opções incluem fisioterapia pélvica, com foco na reabilitação funcional do assoalho pélvico. A fisioterapia não trata grandes prolapso, mas pode contribuir em casos leves, reduzindo a progressão da doença. Pode ser indicado o uso de pessários, como alternativa conservadora, especialmente em casos leves a moderados ou quando há contraindicação cirúrgica. São de fácil manejo, e seu uso pode ser acompanhado na Unidade Básica de Saúde. As intervenções cirúrgicas têm indicação, que deve ser criteriosa, considerando riscos, benefícios, taxas de recidiva e impactos sobre a qualidade de vida. A decisão deve considerar o processo contínuo de envelhecimento tecidual, respeitando os princípios da prevenção quaternária.

Incontinência urinária



A incontinência urinária ou perda involuntária de urina é um sério problema de saúde que afeta um número grande de mulheres e é mais frequente na perimenopausa e pós-menopausa, mas não restrita a estas fases. Ela impacta significativamente a qualidade de vida, afetando dimensões físicas, emocionais, sociais e sexuais, além de ser frequentemente subnotificada por constrangimento das usuárias.

A incontinência urinária de esforço ocorre devido a diversos fatores, como o enfraquecimento do assoalho pélvico, adelgaçamento do tecido periuretral, danos secundários a partos, cirurgias, radiação, tabagismo, obesidade, distúrbios neurológicos e outros. A incontinência urinária de urgência pode estar relacionada ao hipoestrogenismo ou a doenças neurológicas.



A consulta médica deve priorizar uma escuta empática, livre de julgamentos, considerando o impacto subjetivo da condição. O tratamento inclui: terapias comportamentais, que se baseiam no treinamento da micção programada, e em técnicas de reabilitação do assoalho pélvico, com fisioterapia especializada, tratamento medicamentoso, principalmente para casos de perda urinária por urgência, e indicação cirúrgica, em casos específicos e após avaliação criteriosa. Dentro das equipes multidisciplinares da própria Atenção Primária em Saúde (APS) é possível inserir a atuação da fisioterapia pélvica.

É fundamental assegurar que as usuárias compreendam os riscos, benefícios e limitações de cada intervenção, fortalecendo sua autonomia nas decisões, conforme os princípios da literatura em saúde. A conduta deve ser orientada pela natureza e intensidade da disfunção instalada.

Alterações Cardiovasculares e Distúrbios Metabólicos



Alterações Cardiovasculares e Metabólicas: Alterações negativas na função das células endoteliais também podem influenciar o aumento do risco de doença cardiovascular (DCV) observado em mulheres na pós-menopausa. A deficiência de estrogênio leva à ativação do sistema renina-angiotensina, bem como à regulação positiva da endotelina, um potente vasoconstritor. Por isso, a aferição de pressão arterial durante o exame físico é também importante, bem como o controle pressórico em indivíduos sabidamente com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Por outro lado, a deficiência de estrogênio leva à liberação reduzida de óxido nítrico (vasodilatador endotelial) considerado cardioprotetor. Juntas, essas alterações aceleram a aterosclerose em mulheres na perimenopausa e pós-menopausa, aumentando sua suscetibilidade à doença cardíaca isquêmica (como o infarto agudo do miocárdio) e acidente vascular cerebral.

O padrão de distribuição da gordura passa de ginecoide para androide, propiciando o acúmulo na região abdominal. A quantidade de gordura visceral também aumenta. A circunferência abdominal retrata a quantidade de gordura visceral e subcutânea e se correlaciona com o risco de doença cardiovascular e dislipidemia (MONTELEONE et al., 2018; THURSTON; JOFFE, 2011; THE NAMS 2020 GSM POSITION STATEMENT EDITORIAL PANEL, 2020; TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO, 2019; GREEN; SANTORO, 2009). Ainda, Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é prevalente em mulheres na pós-menopausa, especialmente na pós-menopausa tardia. Há associação entre o aumento da circunferência da cintura, pós-menopausa precoce e pós-menopausa tardia e gravidade da AOS. A cada centímetro de circunferência de cintura a mais, há um aumento de 5% no risco de AOS. Entre mulheres com sobrepeso e obesidade, a prevalência de AOS foi de 44% (CORRÊA et al., 2014; HACHUL-DE CAMPOS, 2020).



Sistema Músculo-esquelético: Estudos indicam que a presença de receptores de estrogênio (ER) no tecido muscular, particularmente nas fibras musculares do tipo II, levaram à hipótese de que uma perda da função ovariana pode ter um efeito negativo direto no tecido muscular. Provavelmente a mudança mais importante no sistema musculoesquelético durante a perimenopausa é a perda de densidade mineral óssea. Após atingir o pico de massa óssea no início da idade adulta, a manutenção da estrutura óssea normal é garantida por um equilíbrio fino entre a formação óssea osteoblástica e a reabsorção óssea osteoclástica. Quando os níveis de estrogênio diminuem após a menopausa, a reabsorção óssea excede a formação óssea durante cada ciclo de remodelação óssea, resultando em uma perda líquida de massa óssea. Os estrogênios são conhecidos por estimular a proliferação e diferenciação dos osteoblastos, promovendo, portanto, a deposição e a mineralização da matriz óssea. Existem outros fatores de risco envolvidos além do status menopausal: sexo feminino, idade avançada, etnia branca ou oriental, baixo IMC, história pessoal ou familiar de fratura, baixa densidade mineral óssea (DMO), uso de glicocorticoide oral, tabagismo, abuso de bebidas alcoólicas, sedentarismo e baixa ingestão de cálcio. As fraturas mais comuns nas mulheres pós-menopáusicas são do rádio distal (fratura de Colles), coluna vertebral e do fêmur proximal. Além das alterações ósseas, as alterações articulares fazem parte das queixas comuns das mulheres de meia-idade. Cerca de 50% a 60% das mulheres nesse período referem dor ou rigidez articular (THE NAMS 2020 GSM POSITION STATEMENT EDITORIAL PANEL, 2020; RADOMINSKI et al., 2017).



Envelhecimento da Pele e Alterações Capilares: A pele também sofre alterações devido à deficiência estrogênica. O hipoestrogenismo se correlaciona de forma altamente significativa com o declínio do colágeno e redução da espessura da pele, com ênfase para os primeiros cinco anos após a menopausa, resultando no aumento da flacidez, das rugas e na diminuição da elasticidade da pele. A pele seca é condicionada ao envelhecimento. Ainda, há sensação de secura, aspereza e queimação na pele dos braços, pernas e tórax (região de exposição solar). O cabelo passa a ser mais fino e pode aumentar o padrão de queda relacionado à transição menopausal e ao status pós- menopáusico (MONTELEONE et al., 2018; THURSTON; JOFFE, 2011; THE NAMS 2020 GSM POSITION STATEMENT EDITORIAL PANEL, 2020; TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO, 2019; GREEN; SANTORO, 2009).

Considerações finais

Nesta seção, trouxemos uma descrição detalhada da ampla variedade de sintomas experimentados durante a transição menopausal e pós-menopausa e prover entendimento da origem dos sintomas e sinais menopausais. A fisiopatogenia da transição menopausal e pós menopausa é complexa e integra o ovário e o complexo eixo do hipotálamo e hipófise e de seus hormônios e neurotransmissores. O conhecimento desta fisiopatogenia auxilia na compreensão dos diversos sinais e sintomas menopausais mencionados neste capítulo, permitindo um acolhimento investigativo a fim de prover um cuidado integral e individualizado.

DIMENSÕES DO CUIDADO



6 Abordagem Clínica

A avaliação clínica, o diagnóstico e a identificação da fase de vida em que a pessoa se encontra é essencial para direcionar estratégias de acompanhamento e tratamento, considerando os impactos metabólicos, cardiovasculares, ósseos e psicoemocionais desse período. Além de ser momento oportuno para rastreamento e detecção precoce de neoplasias e identificação precoce de doenças crônicas não transmissíveis e comuns (NAMS, 2022; IMS, 2021; OMS, 1996; FIGO, 2022; FEBRASGO, 2022; SOBRAC, 2024).

Importância da avaliação clínica na transição para menopausa e pós-menopausa

A avaliação clínica é fundamental para o diagnóstico precoce de alterações fisiológicas e identificação das alterações patológicas que impactam a saúde e a qualidade de vida da mulher na transição para a menopausa e na pós-menopausa. Esse acompanhamento permite:

- **Identificação precoce e manejo dos sintomas dentre eles os mais experienciados e referidos** destacam-se vasomotores (fogachos, suores noturnos), distúrbios do sono, ansiedade e depressão, alterações urogenitais, como ressecamento vaginal e incontinência urinária;
- **Prevenção de doenças crônicas** doenças cardiovasculares, neoplasias, aumento do risco de osteoporose e fratura por osteoporose, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, Diabetes Mellitus e síndrome metabólica entre outras. Sendo essencial o acompanhamento clínico para definir estratégias preventivas e minimizar riscos;
- **Avaliação da saúde cardiovascular, óssea, prevenção e detecção precoce de neoplasias, saúde sexual e reprodutiva, escuta global** por meio de instrumentos de saúde, exames clínicos e laboratoriais, aplicação de algoritmos de risco auxiliam no diagnóstico e seguimento da transição para menopausa e pós menopausa;
- **Individualização do tratamento e estímulo à decisão compartilhada**, permitindo decidir sobre a necessidade de terapia hormonal ou outras abordagens terapêuticas, con-

forme os sintomas e o perfil de risco da paciente, incluindo orientações sobre alimentação, atividade física, suporte emocional, práticas integrativas, entre outras. Ainda, considerando fatores de risco como história de sofrimento mental prévio, falta de rede de apoio, situações de violência e determinantes sociais;

- **Coordenação do cuidado e monitoramento da qualidade de vida.** A avaliação clínica contínua permite ajustes no manejo dos sintomas e prevenção de complicações, uma vez que o impacto da menopausa é variável entre as mulheres.

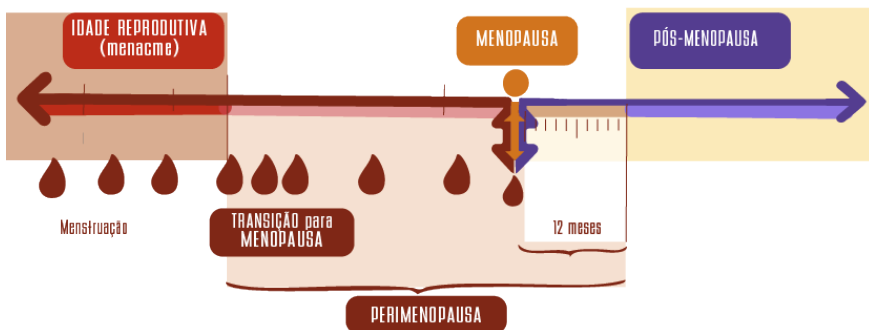
O acompanhamento clínico nesse período deve ser multidisciplinar, integrando médicos de família e comunidade, enfermeiros, bem como outros profissionais que atuam na atenção primária, como nutricionistas, psicólogos, assistente social, fisioterapeuta, entre outros, garantindo um cuidado abrangente para a mulher nessa fase da vida.

6.1 Critérios Diagnósticos

A OMS define a menopausa como a cessação permanente da menstruação devido à insuficiência ovariana progressiva, fisiológica e permanente, diagnosticada retrospectivamente após 12 meses consecutivos sem menstruação, sem outra causa evidente. A faixa etária de ocorrência natural é considerada entre 45 a 55 anos e o **diagnóstico é clínico**, e exames laboratoriais, geralmente, não são necessários para mulheres acima de 45 anos. Assim, destacando três fases (NAMS, 2022; IMS, 2021; OMS, 1996):

- **Transição menopausal** (perimenopausa): Irregularidade menstrual com intervalos superiores a 60 dias, sintomas presentes como fogachos, insônia, alterações de humor e presença de sintomas genitourinários associados ao hipoestrogenismo;
- **Menopausa**: ausência de menstruação por 12 meses consecutivos, oportunamente em mulheres acima de 45 anos e associado a parada da função ovariana, progressiva e permanente;
- **Pós-menopausa**: período de vida após os 12 meses sem menstruação até a sobrevida de cada pessoa.

O diagnóstico é clínico prioritário, sem necessidade de exames laboratoriais na maioria dos casos.



Fonte: modelo esquemático adaptado de HARLOW et al, 2012

Considera-se insuficiência ovariana prematura quando ocorre **antes dos 40 anos**, sendo indicada investigação clínica e laboratorial mais detalhada. Quando **entre 40-45 anos** é considerada idade da ocorrência da menopausa precoce - “*early menopause*” - e pode ser considerada avaliação laboratorial quando necessário. Exames laboratoriais podem ser úteis em casos incertos de menopausa precoce, uso de hormônios exógenos, nos casos de desejo reprodutivo, e diagnóstico diferencial como doenças em sistema nervoso central, endócrinas e tumores produtores de hormônios. Assim, a confirmação laboratorial (quando necessária):

- FSH $\geq 25\text{--}30$ mUI/mL em duas dosagens com intervalo de 4 a 6 semanas.
- Estradiol < 20 pg/mL pode ser um marcador complementar.

Em resumo, o diagnóstico da menopausa é majoritariamente clínico e retrospectivo, baseado na ausência de menstruação por 12 meses em mulheres na faixa etária esperada (FEBRASCO, 2022; SOBRAC, 2024).

6.2 Propedêutica Clínica e Complementar

Os exames de propedêutica clínica e complementar a serem solicitados na transição para menopausa e pós menopausa devem seguir anamnese e exame físico geral e especial (mamas e ginecológico); rastreamento e detecção precoce das principais neoplasias da população feminina (mama, colo do útero, endométrio, ovário, vulva e colorretal); identificação de infecções sexualmente transmissíveis, avaliação de risco cardiovascular e avaliação da saúde óssea.

Acolhimento

Nesse contexto, a Atenção Primária tem um papel central na garantia de um cuidado integral, humanizado e sensível às necessidades das mulheres durante a transição para a menopausa. O acolhimento, mais do que uma escuta qualificada, deve ser entendido como uma estratégia essencial para fortalecer o vínculo entre usuárias e equipes de saúde, promovendo confiança, autonomia e continuidade do cuidado.

Nessa fase da vida, as mulheres frequentemente enfrentam uma série de desafios, associados aos sintomas climatéricos (fogachos, distúrbios do sono, alterações de humor), mudanças na sexualidade, aumento dos riscos cardiovasculares e osteometabólicos, além de questões relacionadas à autoimagem, ao envelhecimento e ao contexto psicossocial.

É fundamental que o acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde reconheça a singularidade de cada mulher, valorize sua história de vida e ofereça espaços de escuta e diálogo. A abordagem deve ser multiprofissional, incluindo avaliação clínica, apoio emocional, incentivo a hábitos saudáveis, atualização do calendário vacinal e orientações sobre terapias hormonais e não hormonais. Esse cuidado ampliado contribui não apenas para o bem-estar físico e emocional, mas também fortalece o empoderamento feminino e o exercício pleno do direito à saúde.

Nesse sentido, a criação de espaços coletivos de troca de experiências, com abordagem multiprofissional, é uma estratégia potente. Esses grupos devem aco-

Iher mulheres em transição para a menopausa e pós-menopausa, promovendo a partilha de vivências, o esclarecimento de dúvidas e a oferta de informações sobre autocuidado, exames preventivos, opções terapêuticas e outras práticas culturais e locais que dialoguem com a realidade das participantes.

Anamnese

Os dados de identificação são essenciais para o diagnóstico, mas a idade é um fator determinante na associação de sintomas e sinais esperados. Além disso, aspectos socioeconômicos, raça/cor, gênero, presença de outros agravos podem influenciar a intensidade dos sintomas e o impacto na qualidade de vida. Durante a anamnese, é fundamental adotar uma abordagem acolhedora e respeitosa, ouvindo atentamente as queixas e considerando a duração dos sintomas relatados.

Ao investigar o ciclo menstrual, é importante perguntar sobre a periodicidade, duração, e fluxo e presença de mudanças. Caso a paciente ainda menstrue, avaliar o impacto da menstruação em sua vida profissional, pessoal e sexual, além de verificar a ocorrência de extravasamento de sangue em roupas durante o dia ou o sono. Perguntar também sobre o uso de absorventes, a necessidade de trocas frequentes e se, mesmo assim, há vazamento. Identificar o sangramento uterino da perimenopausa e diagnósticos diferenciais de causas estruturais (orgânicas como mioma, pólipos, adenomiose) e de causas não estruturais (disfunção hormonal, coagulopatias entre outras).

Na ausência de menstruação, é essencial questionar sobre a data do último período menstrual e há quanto tempo a paciente não menstrua, ou seja, o tempo de menopausa é essencial para definir a terapêutica. Nos casos de pós menopausa tardia, investigar sobre episódios de sangramento vaginal após a menopausa. Nestes casos recomenda-se o exame físico em vigência de sangramento para avaliação da etiologia do sangramento.

Ainda na anamnese, é essencial investigar os sintomas da menopausa, questionando especificamente sobre episódios de calor e sudorese. Avaliar a frequência ao longo do dia e da noite, se há despertares noturnos devido ao calor ou se ele ocorre antes de adormecer. Verificar se os sintomas interferem nas atividades diárias, se há ruborização facial e constrangimento social, além da presença de outros sintomas vasomotores, como zumbido, vertigem e taquicardia. Importante valorizar o impacto que a mulher traz dos sintomas.

Na presença de distúrbios do sono questionar sobre dificuldade de iniciar o sono, dificuldade de aprofundar o sono, mudança de sonhos ou ainda encurtamento do sono com despertar na madrugada e sensação de cansaço ao acordar. As alterações de humor na transição para a menopausa podem ou não estar relacionadas ao ciclo menstrual. Por isso, é importante questionar se as mudanças ocorrem antes, durante ou após o ciclo, se são constantes e se há períodos de piora. Avaliar a presença de irritabilidade, raiva ou tendência ao humor deprimido, acompanhada de choro fácil.

Os sintomas sexuais devem ser investigados de forma abrangente, incluindo alterações na libido, frequência da atividade sexual, parcerias e presença de dor durante a penetração. É importante identificar se a dor é profunda ou localizada na entrada do canal vaginal, além de verificar queixas de secura vaginal, dificuldade para atingir o orgasmo e redução da sensibilidade vulvar. Questionar o impacto dessas mudanças na expressão da sexualidade e relacionamentos, de forma a compreender os impactos psicológicos destas mudanças.

Outros sintomas comuns incluem fadiga, ganho de peso, dores articulares e musculares, queda de cabelo e alterações cognitivas, como dificuldades de memória, falta de concentração e sensação de névoa mental. Questionários específicos são explicados e demonstrados a seguir.

Na avaliação dos antecedentes pessoais e familiares, é essencial investigar histórico de doenças cardiovasculares, incluindo infarto, arritmias e acidente vascular cerebral, além de antecedentes pessoais e familiares de neoplasias, ocorrência de fraturas prévias e antecedente familiar de osteoporose. Seguem abaixo alguns fatores de risco descritos e que podem ser identificados durante a anamnese.



Quadro 1 - Fatores de risco a serem considerados para Doença Cardiovascular e Acidente Vascular Cerebral na história clínica

Estabelecidos	Sub reconhecidos	Específicos
Diabetes Mellitus	*estresse crônico	menopausa precoce/ insuficiência ovariana precoce

* Hipertensão arterial sistêmica	ansiedade/depressão	síndrome de ovários policísticos
*dislipidemia	discriminação racial	Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
*Sobrepeso/Obesidade	abuso sexual e violência	complicações obstétricas
*circunferência abdominal acima de 88cm e síndrome metabólica	baixo nível socioeconômico e educacional	doenças autoimunes
*tabagismo	fatores de risco ambientais	diabetes gestacional
doença renal crônica	baixo acesso ao sistema de saúde	díspnea endotelial (diabetes mellitus)
*alimentação inadequada baseada em processados e ultraprocessados	ausência de suporte social	exposição prolongada a estrogênios exógenos
* sedentarismo		enxaqueca com aura (específico para AVC)
idade		

Adaptado de: Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa (FEBRASCO et al., 2024)

*** fatores de risco individuais e modificáveis**

Instrumentos específicos de avaliação de sintomas

O uso de questionários específicos pode contribuir significativamente para a avaliação da presença e da intensidade dos sintomas da menopausa, além de permitir a mensuração de seu impacto na qualidade de vida das mulheres. Esses instrumentos auxiliam na identificação dos sintomas, no acompanhamento clínico e no monitoramento da resposta terapêutica, promovendo um cuidado mais individualizado e eficaz. No âmbito da coordenação do cuidado à mulher em transição para a menopausa e pós-menopausa, alguns instrumentos vêm sendo amplamente utilizados na prática clínica. Embora não sejam obrigatórios, eles podem apoiar a tomada de decisões e o planejamento terapêutico.

- Índice de Kupperman (Menopausal Index)
- Menopause Rating Scale (MRS)
- Vaginal Impact Questionnaire (VIVA)
- Escala de Qualidade de Vida na Menopausa (MENQOL - Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire)

Para consulta, os questionários específicos estão apresentados nos Anexos I, II, III e IV.

(KUPPERMAN; WACHTEL; KARZMAR, 1954; HEINEMANN; POTTHOFF; SCHNEIDER, 2003; HUANG *et al.*, 2015; HILDITCH *et al.*, 1996)

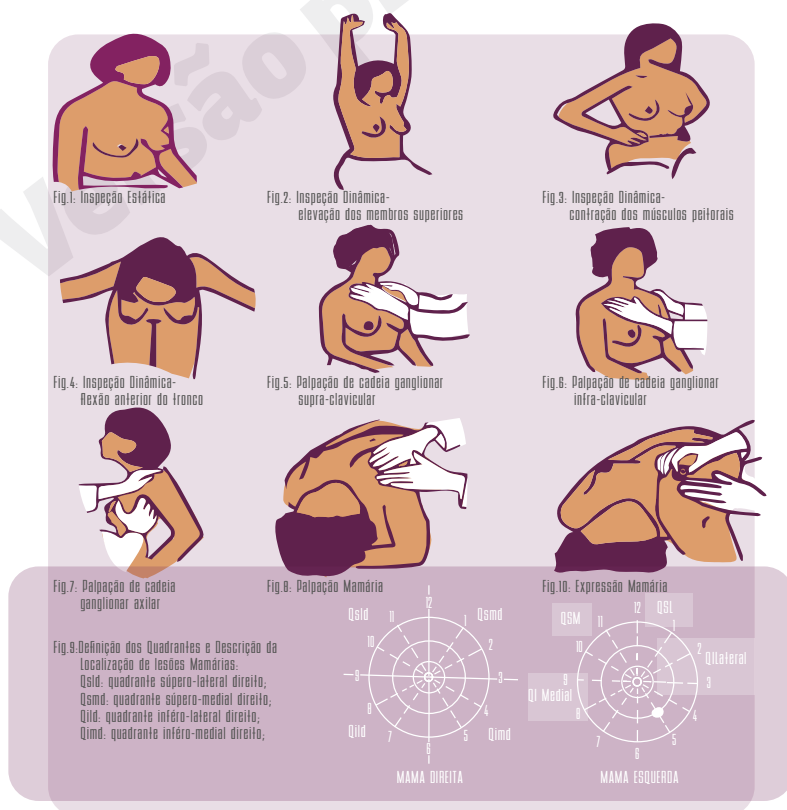
Versão preliminar

Exame Físico

No exame físico na transição para a menopausa e no pós-menopausa, podem ser observadas diversas alterações relacionadas ao hipoestrogenismo (redução dos níveis de estrogênio). A progressão desse quadro ao longo do tempo pode tornar os sinais mais evidentes, na pós-menopausa tardia. A seguir, são destacados alguns achados que podem ser identificados no exame físico geral e específico.

Exame físico geral: avaliação de dados antropométricos, como peso, altura, cálculo do índice de massa corporal, circunferência abdominal, aferição de pressão arterial auxiliam na avaliação geral de saúde, identificação de doenças crônicas não transmissíveis, estado nutricional entre outros.

Exame clínico das mamas: realizada inspeção estática e dinâmica, palpação e avaliação da descarga papilar, como demonstrado na ilustração (Figura X) anualmente e quando necessário.



Pode-se identificar alterações próprias da idade e do hipoestrogenismo como a redução do volume mamário decorrente da lipossustituição, ou seja, do tecido glandular é substituído por tecido adiposo dando um aspecto um pouco granulado ao toque. No trofismo de pele pode ter ptose, flacidez e perda da elasticidade. Os mamilos tendem a tornar-se menos proeminentes, menos projetados e com pigmentação reduzida. Redução do turgor cutâneo deixando a pele das mamas mais fina e enrugada. A palpação e a avaliação da descarga papilar devem ser cuidadosas, e a propedêutica clínica e complementar deve seguir as recomendações e diretrizes de rastreamento e detecção precoce de câncer de mama (BRASIL, Ministério da Saúde, Portal Linhas de Cuidado, 2025). Sabe-se que na rede especializada, as recomendações de rastreamento de câncer de mama seguem a FEBRASCO/ CBR/ SBM onde o rastreamento inicia-se a partir dos 40 anos de idade.

Sinais e Sintomas de Alerta para o Câncer de Mama:

- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho em mulheres adultas de qualquer idade;
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- Presença de linfadenopatia axilar ou supraclavicular;
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- Retração na pele da mama;
- Mudança no formato do mamilo;
- Tumoração palpável unilateral em homens com mais de 50 anos.

Exame ginecológico na inspeção estática e dinâmica, seguida de palpação inguinal, toque bimanual e exame especular. O exame ginecológico pode englobar os exames de rastreamento de câncer de colo de útero, mas limita-se a eles,

sendo assim, mesmo mulheres hysterectomizadas precisam ser examinadas ao menos uma vez ao ano. Durante o exame, pode-se identificar:

- A vulva pode perder o coxim gorduroso dos grandes lábios e exposição maior dos pequenos lábios e clitóris, adelgaçamento da pele e enrugamento da mesma, com involução dos grandes e pequenos lábios, devido à perda de tecido adiposo e colágeno;
- Verificar presença de anormalidades como alterações do trofismo de pele e coloração da vulva, lesões focais e assimetrias;
- Na inspeção dinâmica pode se observar procedência de parede vaginal anterior e posterior (aumento do risco de prolapsos genitais - cistocele, retocele, prolapso uterino/ cúpula vaginal) e na manobra de esforço observar a perda urinária involuntária (incontinência urinária);
- Ao exame especular pode-se observar: adelgaçamento da mucosa vaginal, coloração pálida e menos elástica devido à hipoposterogenismo. Redução do conteúdo fisiológico vaginal e perda da rugosidade vaginal por adelgaçamento da mucosa vaginal, esgarçamento da fásia endopélvica e afastamento da musculatura pélvica. Ainda, fragilidade da mucosa vaginal, podendo ocorrer pequenos sangramentos ou fissuras ao exame especular;
- O hipoposterogenismo pode colaborar com mudanças no colo do útero – atrófico, pequeno e aplainado com orifício externo reduzido ou puntiforme e de coloração rosa pálida podendo apresentar petéquias;
- Ao toque vaginal pode-se perceber diminuição do tônus do assoalho pélvico, diminuição do tamanho uterino e ovariano – devido à atrofia dos órgãos reprodutivos. Normalmente não são palpáveis os anexos (ovários) ao toque bimanual. O toque bimanual do útero deve ser de colo impérvio, consistência fibro elástica, útero de textura lisa, indolor a mobilização e intrapélvico.

Essas alterações são fisiológicas, mas devem ser observadas/avaliadas para diferenciar de possíveis condições patológicas, como infecções, lesões dermatológicas de vulva, neoplasias e distopias/prolapsos.

Sinais e Sintomas de Alerta:

Câncer de Útero, Colo Uterino e Endométrio

- Sangramento vaginal anormal: sangramento entre os períodos menstruais, após a relação sexual - sinusorragia ou após a menopausa - sangramento de pós menopausa. **Esse é um dos sintomas mais comuns do câncer cervical e endometrial. Por este motivo, toda mulher com sangramento uterino anormal deve ser avaliada em vigência de sangramento;**
- Corrimento vaginal anormal: corrimento vaginal que pode ser com aspecto líquido, com sangue ou com odor desagradável;
- Dor pélvica: dor persistente na região mais baixa da barriga, especialmente durante relações sexuais;
- Associação de outros sintomas como dor ao urinar: dor ou desconforto ao urinar, que pode ser causado pela pressão do tumor sobre a bexiga, dor nas costas ou nas pernas: dor nas costas ou nas pernas pode ocorrer quando o câncer atinge para os tecidos ao redor e perda de peso inexplicável: perda de peso sem motivo aparente pode ocorrer nos estágios mais avançados do câncer.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2022/dezembro/apresentacao-alta-suspeicao-de-cancer-protocolo-de-acesso-a-atencao-especializada>

Atenção: o rastreamento do câncer de colo de útero pela citologia oncótica é recomendado até os 64 anos, quando dois exames consecutivos sem alterações.

Câncer de Vulva

- Prurido crônico/dor e sensibilidade em região vulvar
- Alteração de textura de pele e cor de pele

- Nódulos/protuberâncias de crescimento anormal associados a linfonodos inguinais de aspecto suspeito

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2022/dezembro/apresentacao-alta-suspeicao-de-cancer-protocolo-de-aceso-a-atencao-especializada>

Para maior detalhamento sobre questões relacionadas ao câncer, veja o Capítulo 13.

Propedêutica para identificação do risco



Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Wender, MCO; Pompei, L M; Fernandes, C E. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa : Sociedade Brasileira de Climatério, 2014.

6.3 Propedêutica Complementar

Avaliação Cardiovascular e Metabólica

A diminuição dos níveis de estrogênio está associada a alterações no metabolismo lipídico e à redistribuição de gordura corporal, fatores que contribuem para o desenvolvimento de síndrome metabólica e doenças cardiovasculares (SOBRAC, 2024; HARLOW *et al.*, 2012; SANTORO *et al.*, 2012). Portanto a avaliação clínica durante o climatério deve incluir histórico médico detalhado com **identificação de fatores de risco para hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemias e histórico pessoal e familiar de doenças cardiovasculares**.

Exame físico completo, aferição da pressão arterial, índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal para detectar obesidade central, que está associada a maior risco cardiovascular (FEBRASGO, 2022; BRASIL, 2010; FEBRASGO, 2022; MESQUITA *et al.*, 2022; OLIVEIRA *et al.*, 2024).

Exames laboratoriais como perfil lipídico, triglicerídeos, glicemia de jejum e outros exames pertinentes para avaliar o risco metabólico e cardiovascular (Quadro 1).

Essas avaliações permitem a detecção precoce de condições que podem ser modificadas por intervenções no estilo de vida ou terapias específicas, visando reduzir a morbidade e mortalidade associadas a doenças cardiovasculares e metabólicas na transição para menopausa e pós-menopausa.

Os fatores de risco específicos para Doenças Cardiovasculares descritos entre mulheres incluem: síndrome de ovário policístico (SOP), uso de contraceptivo hormonal, síndromes hipertensivas gestacionais e outros eventos adversos da gravidez, terapia hormonal na menopausa sem monitoramento, riscos agregados ao *status* socioeconômico, psicossocial e ambiental. Além disso, os escores não contemplam a associação com doenças inflamatórias (HIV) e autoimunes (artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, psoríase, distúrbios ansiosos-depressivos entre outros. Assim, os fatores de riscos devem ser investigados e avaliados (FEBRASGO, 2022; BRASIL, 2010; FEBRASGO, 2022; MESQUITA *et al.*, 2022; OLIVEIRA *et al.*, 2024).

O detalhamento sobre o Escore de Risco Cardiovascular é apresentado no Capítulo 12.

As doenças da tireoide são prevalentes em mulheres após os 40 anos e podem estar associadas a piora de sintomas menopausais e repercussões cardiovasculares. A avaliação clínica da tireoide deve ser realizada rotineiramente durante o exame físico da mulher na transição para menopausa e pós menopausa. Mulheres com idade superior a 60 anos ou antes com sintomas de disfunção tireoidiana devem ser avaliadas inicialmente com a **dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)**. **Vale ressaltar que este exame laboratorial pode ser solicitado também nos diagnósticos diferenciais de amenorreia secundária, sintomas clínicos semelhantes aos sintomas menopausais e persistência de sintomas menopausais na vigência de tratamento medicamentoso** (FEBRASGO, 2022).

Avaliação das Neoplasias

Os exames complementares para a detecção precoce e o rastreamento das neoplasias de mama, do trato genital inferior e de colorretal devem seguir os protocolos vigentes do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e as diretrizes do Ministério da Saúde. Todos os exames de propedêutica complementar e de rastreamento para neoplasias devem ser solicitados de acordo com a periodicidade de cada neoplasia, faixa etária e história pessoal/familiar de cada pessoa. Assim, o detalhamento de rastreamento e detecção precoce está descrito **no Capítulo 13**. Sabe-se que na rede especializada, as recomendações de rastreamento de câncer de mama seguem a FEBRASGO/CBR/SBM onde o rastreamento inicia-se a partir dos 40 anos de idade.

Este fato é muito importante uma vez que o acompanhamento e a continuidade do cuidado devem ser coordenados pela Atenção Primária à Saúde. Além disso, no caso de desejo de terapia hormonal ou nos casos de indicação de terapia hormonal, **estes exames devem ser solicitados antes da prescrição de terapia hormonal e devem ser interpretados e mantido o seguimento durante todo o tratamento**.

Avaliação da saúde óssea

A identificação de fatores de risco para osteoporose e fraturas deve ser pesquisada na história clínica a fim de identificar aqueles que necessitam de investigação adicional e ou aqueles que se beneficiaram com terapêutica durante a pós menopausa. As condições clínicas relacionadas a perda de massa óssea incluem: **fratura por fragilidade antes dos 50 anos, história familiar de fratura osteoporó-**

tica, menopausa precoce (antes dos 45 anos) e Insuficiência ovariana prematura, uso de glicocorticoide oral (dose $\geq 5,0$ mg/dia de prednisona por período superior a três meses), tabagismo e ingestão abusiva de bebidas alcoólicas, síndrome de má absorção, uso de medicamentos como terapia antirretroviral, anticonvulsivantes e anticoagulantes.

A Densitometria Óssea trata-se de exame que possibilita a medida da densidade mineral óssea (DMO) do fêmur, coluna lombar e região ultradistal de antebraço. Os critérios para diagnóstico de osteoporose são abordados no capítulo osteoporose. **A densitometria óssea é recomendada para pessoas acima de 65 anos de idade** ou mais e para mulheres na pós-menopausa que apresentam fatores de risco.

Segundo a SOBRAC, em conjunto com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2022), recomenda a realização da densitometria óssea para avaliação da densidade mineral óssea nas seguintes situações:

- **Mulheres na pré-menopausa:** A densitometria óssea é indicada para mulheres na pré-menopausa com condições que causam perda de massa óssea, como amenorreia secundária, transtornos alimentares, síndromes de má absorção, hiperparatireoidismo primário ou insuficiência renal crônica. Também é recomendada para aquelas com histórico de cirurgias que impactam a saúde óssea ou uso prolongado de medicamentos que reduzem a densidade mineral óssea.
- **Primeiros 5 anos após a menopausa:** Além das indicações acima, a densitometria óssea é recomendada em casos de indecisão quanto à terapia hormonal ou diagnóstico de deformidade vertebral em radiografia.
- **Mulheres com mais de 65 anos:** Recomenda-se a realização do exame para todas as mulheres nessa faixa etária.
- **Mulheres na pós-menopausa recebendo tratamento para osteopenia ou osteoporose:** A densitometria óssea é utilizada para monitorização terapêutica.

Essas recomendações visam identificar precocemente a osteoporose e outras condições que possam comprometer a saúde óssea, permitindo intervenções ade-

quadas para prevenir fraturas e outras complicações (FEBRASGO, 2022; SOBRAC, 2024).

Ponto de atenção: Por apresentar baixo valor preditivo positivo de fraturas quando aplicado em populações de baixo risco, o uso da densitometria como exame de rastreamento é controverso, pois favorece o sobrediagnóstico pela falsa rotulagem da doença que produz além de sobre tratamento. A perspectiva é que a indicação da densitometria seja feita com base no risco absoluto de fratura. <https://abrasso.org.br/frax-brasil/>

***Sobrediagnóstico:** ocorre quando pessoas sem sintomas são diagnosticadas com uma doença que, em última instância, não faria com que apresentassem sintomas ou morressem precocemente. Definido mais amplamente, ele se refere a problemas relacionados a excesso de medicalização e sobre tratamento subsequente, perigo do diagnóstico, mudança de limiares e alarmismo da doença – todos processos que ajudam a reclassificar pessoas saudáveis com problemas pequenos ou em baixo risco como doentes.

Ferramenta de avaliação de risco de fratura - FRAX fornece a probabilidade, em porcentagem, da ocorrência de uma fratura maior (fratura clínica vertebral, antebraço, úmero e quadril) ou fratura de quadril isolada nos próximos 10 anos. **O cálculo desta probabilidade pode ser realizado com ou sem os dados da densidade mineral óssea. Na ausência da densidade mineral óssea, o índice de FRAX pode ser calculado online no site: <https://abrasso.org.br/frax-brasil/> (acesso em março/2025) e é uma ferramenta útil para auxiliar na identificação de alguns fatores e no risco de fratura. (ANEXO V)**

Avaliação de risco para Infecções Sexualmente Transmissíveis

O rastreamento é a realização de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas para estabelecer o diagnóstico precoce (prevenção secundária), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade. No caso das IST para pessoas acima de 40 anos assintomáticas deve-se adotar uma abordagem centrada na pessoa com

vida sexual ativa e baseada no https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf Ministério da Saúde. (22)

Sabe-se que a SGUM não tratada predispõe ao aparecimento de fissuras expondo a mucosa vaginal e favorecendo a IST no caso de relação sexual desprotegida. Ainda, na transição para menopausa e pós menopausa podem ocorrer mudanças de parcerias sexuais proporcionando exposição a IST se não houver o uso de preservativos externos ou internos; estes muitas vezes não difundidos nesta faixa etária e não utilizados.

Outra condição bastante comum nos acolhimentos da unidade básica de saúde é a doença inflamatória pélvica aguda. Nestes casos, recomenda-se como exames complementares a realização e a testagem para HIV, sífilis, hepatites B e C além do tratamento com antibioticoterapia, seguindo e baseada no https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf Ministério da Saúde.

Assim, **ações de prevenção e promoção da saúde pré e pós exposição bem como incentivo ao uso de preservativos e o tratamento com estrogênio topico e vaginal são importantes ferramentas na atenção primária à saúde nos cuidados a saúde sexual e reprodutiva durante a transição para menopausa e pós menopausa.** O rastreamento de ISTs deve ser direcionado aos grupos populacionais com maior risco, considerando idade, práticas sexuais e comorbidades. **A testagem para HIV, sífilis, hepatites B e C é gratuita pelo SUS, podendo ser realizada em unidades básicas de saúde ou Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)** (BRASIL, 2022).

Considerações finais

A avaliação clínica adequada é primordial para diagnóstico e acompanhamento da pessoa na transição para menopausa e pós menopausa, permitindo a identificação precoce de sinais e sintomas, a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e a adoção de estratégias terapêuticas individualizadas. Neste sentido, compreender as mudanças fisiológicas por meio de uma prática clínica detalhada e somada a utilização de instrumentos de saúde e ferramentas diagnósticas, possibilita um manejo mais assertivo da transição para menopausa e pós meno-

pausa. Uma propedêutica complementar realizada de maneira criteriosa traz benefício e reduz o risco de solicitação de exames sem uma definição específica de plano diagnóstico e terapêutico que devem ser evitados.

Assim, o acolhimento ampliado realizado pelo profissional de saúde é uma excelente oportunidade para o cuidado nesta fase da vida. Ainda, uma história clínica detalhada e propedêutica clínica e complementar racional são fundamentais para definição do planejamento terapêutico e coordenação do cuidado neste período da vida.

Versão preliminar

DIMENSÕES DO CUIDADO



7 Prevenção e Promoção da Saúde das mulheres na transição para a Menopausa e Pós-Menopausa

7.1 Ações de promoção da saúde

O conceito de promoção da saúde amadureceu e se tornou um campo distinto de estratégias intimamente interligadas à saúde, transcendendo a conotação negativa definida como meramente a ausência de doença, para abranger a integração do bem-estar físico, mental, social e sexual. Trata-se de um processo de capacitação das pessoas e comunidades para que ampliem seu espectro de ação no controle sobre a sua saúde e na melhoria da qualidade de vida, por meio de estratégias e políticas que atuam nos determinantes sociais da saúde, como educação, moradia e condições de vida entre outros. Assim, **a promoção da saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população** (WHO 1986; Buss, 2000).

Ações de promoção da saúde devem considerar os determinantes sociais da saúde - econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais - que influenciam o processo saúde-doença, e que causam impacto na qualidade de vida da população. Atividades de promoção de saúde em ambiente de trabalho também são importantes uma vez que oportunizam acesso, incluindo exames de rotina na saúde; incentivo à cessação do tabagismo; promoção de escolhas alimentares saudáveis e manutenção de peso, além de pausas ativas para exercícios físicos e vacinação para faixa etária alvo.

A promoção da saúde ocorre por meio da instituição de medidas para incorporar hábitos saudáveis na rotina dessa população, visando melhorar a qualidade de vida (Manson et al. 2024).

Promover a saúde das pessoas na transição para menopausa e pós-menopausa é considerar a relação de cada um com seu próprio corpo, com as mudanças visíveis e invisíveis, que estão ocorrendo nele e suas reações físicas, emocionais ambientais e culturais. É reconhecer os reflexos de suas relações no âmbito pessoal, profissional e na sociedade, ouvindo-as e garantindo-lhes a palavra, construindo espaços de diálogo, tanto individualmente, como também em grupo, para que possa haver um aprofundamento na vivência, maior compreensão da fase e um intercâmbio coletivo de experiências entre as próprias mulheres, facilitando a aquisição de novos conceitos, mudanças na mentalidade e modo de vida. (NICE, 2024)

Entre as ações de promoção à saúde aplicadas na transição para menopausa e pós-menopausa estão a adoção da alimentação saudável, estímulo à atividade física regular, implementação de medidas antitabagistas e para o controle do consumo de bebidas alcoólicas, a não violência, os cuidados quanto ao tempo e a qualidade do sono, à saúde bucal, à pele e outras recomendações de autocuidado. (Esposito Sorpreso et al, 2012)

Há formas simples de atuação e intervenção que podem diminuir os impactos negativos da menopausa e preservar condições mais saudáveis. A abordagem deve ser aquela que vê a pessoa como um todo, considerando os diversos aspectos, tanto físicos como emocionais, o energético, o mental e o socioeconômico. A conversa entre o profissional de saúde e a pessoa precisa conter informações claras e precisas sobre as mudanças que ocorrem no seu organismo e na sua vida. São essenciais orientações sobre a importância de incorporar hábitos alimentares nutritivos e uma rotina com prática de exercícios físicos, que podem atuar na diminuição do estresse e da depressão, no aumento da oxigenação tecidual, na manutenção da massa muscular e óssea, na melhora da função cardiocirculatória, no aumento da resistência, na sensação de bem-estar pela produção de endorfinas, além de outros benefícios. (NICE, 2024; Brown et al, 2024).

A promoção de saúde tem um embasamento sociopolítico onde o movimento de mulheres pela saúde vem há muitas décadas questionando a medicalização do corpo feminino e o uso abusivo das tecnologias sobre a saúde das mulheres. São propostas diversas soluções médicas, farmacológicas e técnicas para eventos normais da vida cotidiana, como a menstruação, o parto e a menopausa. Ainda, estes movimentos colaboraram para formação de políticas públicas para mulheres com foco na transição para menopausa e pós-menopausa que trazem manutenção de processo de trabalho, recursos para a saúde bem como empoderamento social e econômico (Sorpreso et al, 2021).

Assim, propor estratégias de investimento no autocuidado, com medidas acessíveis e culturalmente aceitas, baseada em trabalho multiprofissional melhorando a qualidade de vida em qualquer fase da vida, especialmente na transição para menopausa e pós-menopausa, é a proposta deste capítulo e deste manual. Abaixo segue figura para ilustração rede de fatores que sustentam a qualidade de vida e a promoção da saúde:

Checklist- Roteiro de boas práticas em saúde da mulher na transição para a menopausa e pós menopausa

Pensando em auxiliar na integração das práticas em promoção de saúde o checklist a seguir foi elaborado como uma ferramenta para orientar os profissionais da APS na organização e qualificação do cuidado, promovendo o trabalho multiprofissional, a educação em saúde, a escuta ativa e a inclusão social das mulheres especialmente na fase de transição para menopausa e pós menopausa:

Atenção Multiprofissional

- Discutir casos de mulheres na transição para menopausa e pós menopausa em reuniões da equipe multiprofissional;
- Compartilhar condutas entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e outros profissionais da Atenção Primária.

2. Atualização Profissional

- Consultar protocolos e manuais do Ministério da Saúde e sociedades científicas brasileiras (FEBRASGO, PNI, Fiocruz, ABEFACO, SBMFC);
- Participar de capacitações, congressos e cursos sobre saúde das mulheres;
- Buscar formação complementar sobre manejo da transição para menopausa e pós menopausa.

3. Plano de Cuidado Personalizado

- Elaborar e revisar periodicamente plano de cuidado individual para cada mulher;
- Elaborar plano terapêutico singular para casos elencados em reunião de equipe;
- Avaliar risco para osteoporose, doenças cardiovasculares, saúde mental e qualidade de vida por meios de instrumentos de saúde – IFRAX, Calculadora de risco cardiovascular, entre outros.

4. Integração Comunitária

- Dialogar com o Conselho Local de Saúde estimulando a participação social
- Dialogar com grupos de pacientes com enfoque em atividade física, saúde mental, práticas integrativas e complementares, entre outros;
- Mapear necessidades locais sobre saúde da mulher na TM e PM
- Mapear os equipamentos sociais disponíveis no território para abordagem dos casos;
- Incentivar a participação em pesquisas e projetos comunitários.

5. Apoio Psicossocial

- Mapear serviços de saúde mental disponíveis na rede SUS;
- Ofertar grupo de saúde mental para seguimento dos casos de menor complexidade no território;
- Encaminhar pacientes quando necessário.
- Incentivar grupos de apoio, rodas de conversa e oficinas na Atenção Primária;
- Favorecer a formação de redes de apoio entre as mulheres no território.

6. Ferramentas de Apoio

- Utilizar infográficos, cartilhas e materiais educativos do SUS e sociedades científicas e MS;
- Disponibilizar material acessível para pacientes e familiares;
- Favorecer materiais visuais ou que sejam acessíveis à diversidade da população;
- Usar formulários ou modelos eletrônicos para registro de sintomas e acompanhamento.

7. Direitos e Inclusão

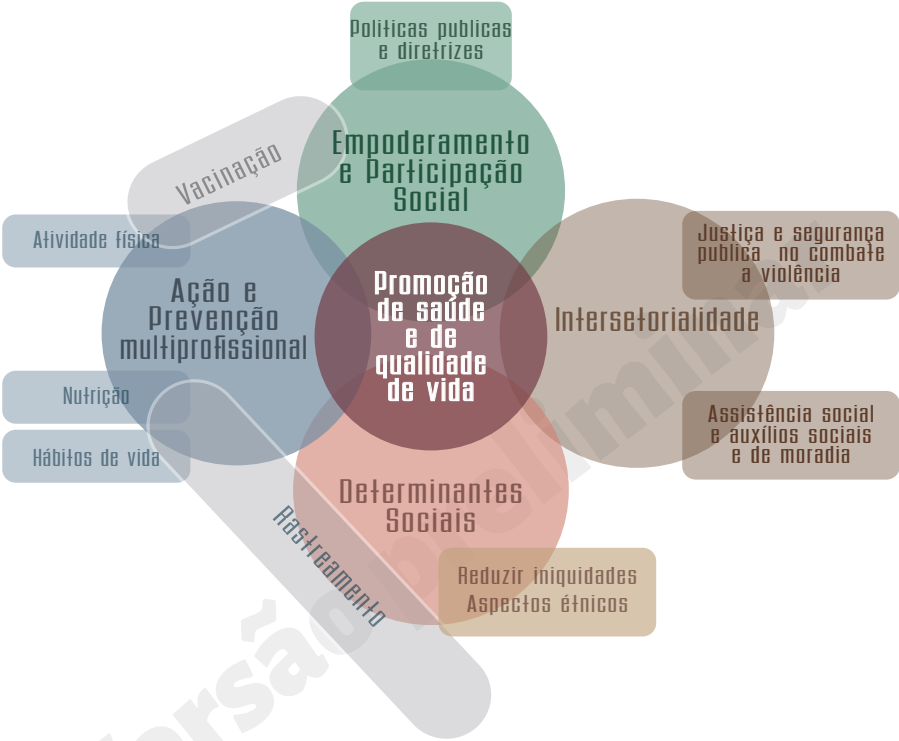
- Orientar pacientes sobre direitos relacionados à menopausa;
- Considerar fatores culturais, sociais, raciais e de gênero no atendimento;
- Promover inclusão e acolhimento de diferentes perfis de pessoas na TM e PM.

8. Educação em Saúde

- Realizar sessões educativas para profissionais da Atenção Primária;
- Oferecer atividades de educação em saúde para pacientes, familiares e comunidade;
- Enfatizar autonomia, autocuidado e hábitos saudáveis.

Fonte: adaptado ao SUS pelos autores. Karavadra B, Currie H, Morris E. Menopause care in the changing face of primary care. *Post Reproductive Health*. 2024;30(4):209-210. doi:[10.1177/20533691241301978](https://doi.org/10.1177/20533691241301978)

Figura 1 - Ações Integradas na Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida



7.2 Alimentação e nutrição

Durante a transição para a menopausa e a pós-menopausa, o cuidado nutricional com foco em uma alimentação adequada e saudável é fundamental para o manejo dos sinais e sintomas dessa fase, além de prevenir o ganho de peso e o surgimento de doenças. Uma dieta desequilibrada pode contribuir para o desenvolvimento de osteoporose, obesidade, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e cânceres como os de mama, endométrio e colorretal. Evidências indicam ainda que o consumo de alimentos processados e ultraprocessados está associado à maior intensidade dos sintomas climatéricos — especialmente fogachos — e à piora da memória e da concentração.

A qualidade da alimentação das pessoas atendidas e o impacto sobre o estado nutricional deve ser identificada e monitorada, a partir do diagnóstico nutricional realizado na avaliação clínica. Uma alimentação adequada e saudável é fundamental para o bom funcionamento do organismo, a prevenção de doenças crônicas e a promoção da saúde integral, especialmente entre mulheres e pessoas com útero. O *Guia Alimentar para a População Brasileira* (2014) orienta que o padrão alimentar nacional valorize alimentos como arroz, feijão, carnes, verduras, legumes e frutas, e adota como regra de ouro “preferir sempre alimentos in natura ou minimamente processados a ultraprocessados”. Além disso, propõe práticas alimentares baseadas na qualidade dos alimentos, no grau de processamento e em modos de comer adequados e sustentáveis.

Quadro 1 . Definição e exemplos dos grupos de alimentos da classificação utilizada no Guia Alimentar para a População Brasileira.

Grupo	Definição e características	Exemplos
Alimentos in natura ou minimamente processados	São aqueles obtidos diretamente da natureza ou que são submetidos a poucos processos industriais — como moagem, refinamento, secagem, empacotamento — antes de serem consumidos. Não sofrem adição de sal, óleo, nem açúcar.	Feijão e outras leguminosas, legumes, verduras e hortaliças, frutas in natura, secas ou desidratadas, sucos 100% integrais, tubérculos e raízes, carnes e vísceras, ovos, leites e iogurtes naturais, fungos, nozes e sementes e água.
Ingredientes culinários processados	São produtos extraídos de alimentos in natura ou da natureza. Eles são usados para cozinhar e temperar os alimentos in natura ou minimamente processados, criando preparações culinárias.	Sal, açúcar, óleos vegetais e gorduras.
Alimentos processados	São uma mistura de alimentos in natura ou minimamente processados com sal, açúcar, óleo ou vinagre, usados com o objetivo de conservá-los por mais tempo e lhes conferir sabor ou textura diferentes.	Pães feitos de farinha, água, fermento e sal; queijos, conservas de hortaliças, de cereais ou de leguminosas; carnes salgadas; peixe conservado em óleo ou água e sal; frutas em calda.
Alimentos ultraprocessados	São formulações industriais que contêm pouco ou nenhum alimento integral. São feitos de substâncias derivadas de alimentos e têm a adição de corantes, saborizantes e outros aditivos alimentares cosméticos, que modificam o cheiro, a cor, o sabor e a textura desses produtos.	Refrigerantes e refrescos; iogurtes e bebidas lácteas; “bebidas energéticas”; “salgadinhos de pacote”; biscoitos doces ou salgados; sorvetes; balas e guloseimas em geral; “cereais matinais”; bolos e misturas para bolo; barras de cereal; sopas, macarrão e temperos “instantâneos”; molhos; produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas; hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo nuggets; salsichas e outros embutidos; “pães de forma”; pães para hambúrguer ou hot dog.

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_zed.pdf

Diagnóstico nutricional

O diagnóstico nutricional é uma etapa essencial no cuidado de mulheres no climatério e na menopausa, integrando as práticas da Atenção Primária à Saúde tanto em nível populacional quanto individual. Ele envolve a avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar, devendo ser apresentado e explicado à mulher de forma clara, com orientações personalizadas que favoreçam um atendimento acolhedor e humanizado. Para isso, é fundamental que a equipe multiprofissional compreenda as principais doenças crônicas não transmissíveis associadas a essa fase da vida e os efeitos do hipoestrogenismo sobre diferentes órgãos e sistemas, garantindo uma abordagem integral e sensível às necessidades dessa população.

Estado nutricional

Para a classificação do estado nutricional de mulheres na transição e pós-menopausa, recomenda-se a aferição de dados antropométricos como peso e altura, para o cálculo e classificação do Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$), além da mensuração da circunferência da cintura em cada consulta. Com base nesses dados, o estado nutricional deve ser classificado conforme os critérios estabelecidos para adultos, utilizando o IMC como principal indicador.

Quadro 2 - Classificação do estado nutricional segunda pontos de corte do IMC. Brasil, 2022.

Pontos de corte (Kg/m²)	Classificação do estado nutricional
< 18,5	Baixo peso
18,5 – 24,9	Adequado ou eutrófico
25 – 29,9	Sobrepeso
30–34,9	Obesidade I
35–39	Obesidade II
≥ 40	Obesidade III

Referência: Ministério da Saúde, 2022.

Quadro 3 - Classificação do estado nutricional segunda pontos de corte do IMC para idosos. Brasil, 2022.

Pontos de corte (Kg/m ²)	Classificação do estado nutricional
≤ 22	Baixo peso
>22 e <27	Adequado ou eutrófico
≥27	Obesidade

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

É importante considerar as limitações do IMC, uma vez que ele não avalia a distribuição da gordura corporal, não diferencia massa magra de massa gorda e tampouco considera variações de sexo, etnia ou faixa etária, sendo menos preciso em grupos como idosos e povos indígenas. Portanto, seu uso deve ser contextualizado ao perfil da pessoa atendida. De forma complementar, recomenda-se a aferição da circunferência da cintura para estimar o acúmulo de gordura abdominal, sendo valores acima de 88cm em mulheres indicativos de maior risco para síndrome metabólica e doenças cardiovasculares (quadro 4).

Quadro 4 – Classificação da Circunferência da Cintura para mulheres quanto ao risco de complicações metabólicas associadas à obesidade. Brasil, 2022.

Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade
Aumentado Substancialmente ≥80cm
Aumentado Substancialmente ≥88cm

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Para saber mais acesse: Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf

Consumo alimentar

A avaliação do consumo alimentar é feita a partir do preenchimento do formulário dos marcadores de consumo alimentar, disponível para preenchimento no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index> e/ou no e-SUS das unidades básicas de saúde, podendo ser

preenchida nas consultas individuais de pessoas na TM e PM, atendimentos coletivos e visitas domiciliares.

A seguir a **figura 2** apresenta a versão resumida do formulário dos marcadores de consumo alimentar para adultos.

Figura 2 - Versão resumida do formulário dos marcadores de consumo alimentar para adultos.

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES*	INE	DATA*
Nome do Cidadão:*	Data de nascimento:*/ / Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino Local de Atendimento: []			
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe			
	Quais refeições você faz ao longo do dia? ☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia			
	Ontem, você consumiu:			
	Feijão ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe			
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe			
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, alpim, macaxeira, cará e inhame) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe			
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe			
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe			

Formulário completo pode ser acessado no link abaixo: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_marcadores_alimentar_v3_2.pdf

A aplicação do diagnóstico nutricional permite conhecer o consumo alimentar e a qualidade da dieta, identificando marcadores de alimentação saudável — como frutas, verduras, legumes e feijão — e marcadores de alimentação não saudável, como embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, biscoitos e doces ultraprocessados. As perguntas devem ser feitas de forma simples e acolhedora, sem julgamentos, garantindo escuta qualificada e favorecendo o diálogo.

Com base nas respostas, e no conhecimento do território, o profissional pode orientar a alimentação conforme o **Fascículo 1 dos Protocolos de Uso do Guia Ali-**

mentar para a População Brasileira, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf. Ressalta-se que o baixo consumo de alimentos in natura e o alto consumo de ultraprocessados estão associados a maior risco de ganho de peso, complicações metabólicas e desenvolvimento de doenças crônicas durante a transição e pós-menopausa. Por isso, o diagnóstico nutricional é etapa essencial do cuidado integral às mulheres nesse período.

A promoção de uma alimentação adequada e saudável é essencial no cuidado de pessoas na transição para menopausa e pós-menopausa, contribuindo para o manejo dos sintomas, a prevenção de doenças crônicas e a manutenção do bem-estar. Essa alimentação deve priorizar alimentos in natura e minimamente processados — como frutas, verduras, legumes, cereais integrais, leguminosas, carnes, ovos e leite —, preparados de forma equilibrada, colorida e saborosa, conforme as diretrizes do **Guia Alimentar para a População Brasileira**. A diversidade e o preparo culinário favorecem o equilíbrio nutricional, a autonomia e a sustentabilidade alimentar. Importante sempre favorecer aspectos regionais e culturais da alimentação, orientando mudanças factíveis e condizentes com a realidade da mulher.

É fundamental evitar alimentos ultraprocessados, como refrigerantes, biscoitos recheados, embutidos e fast food, pois são nutricionalmente desbalanceados e associados a maior risco de obesidade, diabetes, hipertensão, depressão e sintomas menopausais mais intensos — incluindo fogachos, irritabilidade e piora da memória. Além disso, recomenda-se o consumo moderado de sal, açúcar, óleos e gorduras, priorizando bebidas sem adição de açúcar.

Por fim, o estímulo ao preparo das próprias refeições e às refeições compartilhadas, feitas com atenção e prazer, favorece o autocuidado e a saúde emocional. É importante também observar possíveis interações medicamentosas e condições fisiológicas que possam interferir na absorção de nutrientes. O **Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Adulta** orienta estratégias práticas para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, sustentáveis e culturalmente adequados ao contexto brasileiro, com benefícios diretos para o bem-estar durante o climatério e a pós-menopausa.

Quadro 5. Estratégias práticas para a promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Recomendação	Estratégias para efetivação da recomendação	Benefícios durante o climatério e menopausa
Consumir diariamente feijão e outras leguminosas no almoço e no jantar.	1- Consumir leguminosas de sua preferência, podendo ser tipos variados de feijões (preto, carioca, branco, de corda, fradinho etc.) ou outras leguminosas, como lentilha, soja ou grão de bico. 2 - Deixar porções de feijão congeladas em casa pode facilitar o consumo.	As refeições principais são as principais fontes de alimentos in natura e minimamente processados e seus nutrientes. Além dos feijões, o arroz, as carnes magras, peixes ou ovos fornecem a quantidade adequada de aminoácidos e são fontes de vitaminas como complexo B e Vitamina D, essenciais nessa fase.
Evitar o consumo de bebidas adoçadas. Lembrete: Bebidas “diet” ou “zero” NÃO são alternativas saudáveis, pois são ultraprocessados.	1- Ingerir água, e se preferir utilizar “temperada” com rodela de limão, folhas de hortelã, casca de abacaxi ao longo do dia. 2- Café e chá podem ser consumidos com moderação e sem adição de açúcar.	O excesso de açúcar presente nesses produtos é prejudicial e está associado ao ganho de peso e desenvolvimento de doenças com Diabetes Mellitus. O consumo de água deve ser intensificado, caso a pessoa esteja perdendo muita água com suor durante o fogacho. Atente-se para a cor da urina, que deve estar sempre translúcida ou amarela clara. O iogurte natural ou leite também podem ser consumidos como alternativas complementares. São ricos em cálcio e proteínas que ajudam na prevenção da perda de massa magra e óssea.
Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados. (Hambúrguer e embutidos como linguiças, salsicha, presunto, mortadela, salames, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos/bolachas salgadas ou recheados, doces e guloseimas).	1- Evitar ter produtos ultraprocessados ao alcance da mão, armazenados em casa. 2 - Planejar sua alimentação da semana (cardápio, compras e preparação) e dividir a tarefa com familiares.	O consumo está associado a malefícios como piora dos sintomas de fogacho, irritabilidade, ansiedade e problemas de memória, além de ganho de peso.

continua...

Recomendação	Estratégias para efetivação da recomendação	Benefícios durante o climatério e menopausa
Consumir diariamente legumes e verduras.	1- Esse grupo pode ser consumido em forma de saladas cruas, em preparações quentes (cozidos, refogados, assados, gratinados, empanados, ensopados), em sopas e, em alguns casos, recheados ou na forma de purês. 2- Incluir esse grupo na preparação de outros alimentos como omelete com legumes, arroz com legumes, bolinho de espinafre e tortas. 3- Para reduzir custos, prefira variedades que estão na safra e quando possível, cultive uma horta	Fonte de diversas vitaminas, minerais e fibras ajudam a manter o corpo nutrido e prevenir algumas possíveis complicações como constipação e ganho de peso excessivo. Verduras verdes escuras fornecem cálcio, fundamental para essa fase da vida.
Consumir diariamente frutas (preferencialmente inteiras, em vez de sucos).	1- Consumir frescas ou secas (desidratadas) em qualquer uma das refeições. Leve uma fruta na bolsa ou mochila quando sair de casa. 2- Podem ser adicionadas em salada de folhas ou consumidas com iogurte natural, leite e aveia ou como cremes. 3- Para reduzir custos e aumentar a qualidade, prefira variedades que estão na safra, de acordo com sua região	As frutas são excelentes fontes de vitaminas, minerais e fibras. Podem ajudar a aliviar sintomas como sudorese excessiva, fogachos e desejos por doce. Podem ser lanches refrescantes se consumidos refrigerados (exemplo: manga picada), contribuir com a hidratação (exemplo: melancia e melão) e consumidos como sorvete (exemplo: bananas congeladas batidas).
Comer em ambientes apropriados e com atenção. Sempre que possível, em companhia da família ou amigos	1- Não se envolver em outras atividades, como assistir televisão, mexer no celular ou computador, comer na mesa de trabalho, em pé ou andando ou dentro de carros ou transportes públicos. 2- Valorizar o tempo dedicado aos atos de comer é cuidar da sua saúde.	Comer com atenção e devagar favorece a percepção de fome e saciedade, evitando o consumo excessivo de comida e ganho de peso. Compartilhar a refeição e a preparação com outras pessoas pode ser uma forma de aliviar a ansiedade, diminuir a sobrecarga e promover um momento prazeroso no dia a dia.

Sobrepeso e obesidade na transição para menopausa e pós-menopausa

Nas últimas décadas, o Brasil tem registrado um expressivo aumento nas prevalências de sobrepeso, obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Entre 2006 e 2021, a obesidade na população geral passou de 11,9%

para 22,4%, e o excesso de peso de 37,3% para 53,8%, com maior impacto entre as mulheres — especialmente naquelas com 9 a 11 anos de escolaridade. Essas tendências reforçam a importância de atenção especial à saúde durante a transição para menopausa e pós menopausa, período em que as alterações hormonais, metabólicas e comportamentais favorecem o acúmulo de gordura corporal e o aumento do risco de obesidade e suas complicações.

A partir dos 40 anos, as mulheres apresentam prevalência de obesidade cerca de duas vezes maior que a dos homens, além de maior vulnerabilidade a doenças cardiovasculares. A transição para a menopausa e a pós-menopausa são reconhecidas como fatores de risco para o ganho de peso e alterações metabólicas, tornando a prevenção e o diagnóstico precoce fundamentais para reduzir a morbimortalidade, preservar a qualidade de vida e fortalecer a autoestima feminina.

A obesidade, condição crônica e multifatorial, está associada a diversas complicações, como litíase biliar, osteoartrite, depressão e cânceres de mama, endométrio e colorretal. O acúmulo de gordura abdominal, especialmente o aumento do tecido adiposo visceral, eleva o risco de hipertensão, resistência à insulina, inflamação sistêmica e doenças cardiovasculares. Nessa fase, o IMC tende a subestimar o risco cardiometabólico, sendo a circunferência da cintura um indicador mais sensível e útil para identificar adiposidade visceral e estimar o risco à saúde das mulheres na menopausa.

Novos critérios e diretrizes para o manejo clínico da obesidade e do risco cardiovascular também foram incorporados e devem ser considerados na avaliação clínica das pessoas com obesidade.

Saiba mais em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/2025/10/2025-0621_Diretriz_Obesidade_2025_port.x66747.pdf

O cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade representa um dos grandes desafios para os serviços e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). A complexidade dessa condição requer abordagens contínuas, colaborativas e integradas, capazes de contemplar seus múltiplos determinantes e promover a atenção integral e humanizada. No caso das pessoas na pós-menopausa, esse desafio se intensifica devido às alterações hormonais, metabólicas e corporais que favorecem o acúmulo de gordura e aumentam o risco de agravos à saúde.

A obesidade é reconhecida como uma doença crônica de origem multifatorial, que resulta da interação complexa entre fatores biológicos, comportamentais, ambientais e sociais. Assim, seu enfrentamento vai além da esfera individual e demanda ações integradas que contemplem os diversos determinantes da saúde.

A alimentação e o peso corporal são influenciados por um conjunto de condições que ultrapassam as escolhas pessoais. Elementos como o ambiente alimentar, a disponibilidade e o acesso a alimentos saudáveis, as práticas culturais e o contexto socioeconômico moldam o que e como as pessoas comem.

O cuidado efetivo da pessoa com obesidade, portanto, deve ser centrado na pessoa e compartilhado entre os profissionais da APS, articulando diferentes saberes e setores para promover o autocuidado, fortalecer a corresponsabilidade e favorecer o vínculo entre usuárias e equipes de saúde. Esse cuidado inclui ações que possibilitem escolhas alimentares mais saudáveis, a valorização da culinária e da comida tradicional, o acesso a equipamentos públicos para prática de atividade física e o estímulo a modos de vida sustentáveis e socialmente justos.

Embora estudos e diretrizes clínicas indiquem benefícios associados à perda de peso em pessoas com sobrepeso e obesidade, considerando que mesmo reduções modestas de 5% a 10% do peso corporal estão relacionadas à melhora de parâmetros metabólicos e de qualidade de vida, as evidências mais recentes têm apontado os limites da abordagem centrada exclusivamente na perda de peso. Focar apenas no peso pode negligenciar aspectos importantes do cuidado integral, como o bem-estar, a autonomia, a relação com o corpo e o prazer de comer.

Nesse sentido, a alimentação saudável deve ser compreendida como um eixo fundamental do cuidado na pós-menopausa, indo além de estratégias restritivas ou prescritivas. Para isso, é necessário conhecer o perfil de consumo alimentar da pessoa atendida de modo a valorizar os pontos positivos da sua dieta e de forma compartilhada, estabelecer mudanças e metas possíveis a curto, médio e longo prazo. O atendimento deve ser conduzido, sempre que possível, por equipe multiprofissional, considerando a complexidade da obesidade e a necessidade de ações integradas no cuidado.

Os profissionais da APS devem promover orientações gerais relacionadas à alimentação e às práticas corporais e de atividade física. O cuidado das pessoas

com sobrepeso e obesidade deve ser compartilhado entre todos os profissionais da equipe, não se constituindo como atribuição exclusiva de um único trabalhador da saúde. Quando houver necessidade de orientações nutricionais ou de exercícios mais específicos, as equipes dos municípios que possuem nutricionista e profissional de educação física na APS ou e-Multi podem desenvolver um planejamento de ação conjunta.

Nos municípios em que o nutricionista atua exclusivamente na Atenção Especializada, deve-se garantir o encaminhamento e o atendimento das pessoas que necessitem desse cuidado nesse nível de atenção. Mesmo nesses casos, o cuidado deve permanecer articulado com a unidade de saúde de referência da pessoa usuária, assegurando o acompanhamento contínuo, o compartilhamento de informações e a corresponsabilidade entre os diferentes pontos da rede. Além disso, é importante considerar que algumas comorbidades, como hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus, doença renal crônica ou outras condições que exijam modificações na alimentação, podem demandar restrição de determinados grupos de alimentos e acompanhamento nutricional individualizado.

A promoção da alimentação adequada e saudável envolve a ampliação do acesso a alimentos *in natura* ou minimamente processados, o incentivo à preparação culinária, a valorização das práticas alimentares regionais e o respeito à cultura alimentar das pessoas. A abordagem alimentar nessa fase da vida deve priorizar o equilíbrio, o prazer e a funcionalidade dos alimentos para a saúde física e mental, favorecendo a autonomia e o autocuidado.

Além das recomendações gerais do Guia Alimentar para a População Brasileira, pessoas na pós-menopausa com condições específicas, como obesidade, hipertensão arterial, dislipidemias ou diabetes mellitus, devem receber orientações individualizadas quanto à limitação de alimentos ultraprocessados e à adequação da alimentação às necessidades clínicas. Os Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus oferecem subsídios teóricos e metodológicos para apoiar esse cuidado no âmbito da APS, conforme detalhado a seguir:

As recomendações alimentares apresentadas a seguir estão baseadas nas diretrizes do documento **“Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira – Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hiperten-**

são arterial e diabetes mellitus: bases teóricas e metodológicas”, publicado pelo Ministério da Saúde. Essas orientações têm como objetivo apoiar o cuidado nutricional e a promoção da alimentação adequada e saudável, considerando as especificidades de cada condição e o contexto de vida das pessoas.

O quadro resume as principais recomendações e tecnologias de apoio selecionadas para o manejo da **obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus**, de modo a subsidiar profissionais de saúde na Atenção Primária para o desenvolvimento de ações educativas, o aconselhamento alimentar e o acompanhamento clínico individual ou em grupo.

Versão preliminar

Quadro 6 – Recomendações alimentares para pessoas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus

Doenças	Tecnologia de apoio	Recomendações alimentares
Obesidade	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos (2020)	· Reduzir consumo energético a partir de melhorias qualitativas na dieta, principalmente em relação no consumo de alimentos ultraprocessados. · Substituir bebidas com adição de açúcar por água. · Não substituir açúcar por adoçante. · Incentivar a ingestão de alimentos em sua forma natural, sem a adição de adoçantes (naturais ou artificiais)
Hipertensão arterial	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020)	· Adotar padrão alimentar DASH* · Controlar a ingestão de sódio. · Aumentar a ingestão de potássio. · Consumir laticínios com baixo teor de gorduras.
Diabetes Mellitus	Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020	· Adotar padrão alimentar mediterrâneo** e DASH. · Valorizar a qualidade geral dos alimentos é mais importante que a restrição de algum grupo de nutrientes. · Limitar a ingestão de alimentos ricos em gordura saturada e sal/açúcar de adição. · Dar preferência aos alimentos grelhados, assados, cozidos no vapor ou crus. · Não é necessário excluir totalmente a sacarose e alimentos contendo sacarose. · Evitar o consumo de alúcares ocultos em alimentos industrializados (bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados). · Não adotar dietas muito baixas em carboidratos (low carb), pois o impacto desse tipo de dieta ainda é inconclusivo. · Ingerir fibras dietéticas (frutas, verduras, legumes, cereais e grãos integrais, leguminosas).

Fonte: Brasil, 2020a; Barroso *et al.*, 2021; SBD, 2019

*Padrão alimentar DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)

Predominância de alimentos de origem vegetal *in natura* e minimamente processados (frutas, legumes, verduras, leguminosas, cereais integrais e oleaginosas) com consumo de laticínios com baixo nível de gordura, aves e peixes e consumo restrito de carnes vermelhas e processadas, bebidas adoçadas e sódio (SACKS *et al.*, 1995).

** Padrão alimentar mediterrâneo

Predominância de alimentos de origem vegetal *in natura* e minimamente processados, alta ingestão de azeite de oliva, consumo baixo a moderado de peixes, aves, ovos, laticínios e vinho tinto e consumo baixo de carnes vermelhas e doces (WILLETT *et al.*, 1995; DAVIS *et al.*, 2015).

Disponível no site: www.saude.gov.br/nutricao

7.3 Alimentação saudável: prevenção e controle da osteoporose

A osteoporose é uma condição de grande relevância em saúde pública, especialmente entre mulheres na transição para a menopausa e na pós-menopausa, períodos marcados por intensas alterações hormonais que aceleram a perda de massa óssea. Essa condição aumenta o risco de fraturas, comprometendo a autonomia e a qualidade de vida, o que reforça a importância de ações preventivas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). A alimentação desempenha papel central nesse processo, favorecendo a manutenção da densidade mineral óssea e prevenindo deficiências nutricionais, como as de vitamina D e cálcio, além de interagir com outros fatores de estilo de vida, como prática de atividade física, cessação do tabagismo e exposição solar adequada.

Evidências científicas recentes apontam que a qualidade e o tipo de processamento dos alimentos influenciam diretamente a saúde óssea. Dietas com alta participação de alimentos ultraprocessados — ricos em gorduras saturadas, açúcar, sódio e aditivos — estão associadas à menor densidade mineral óssea e maior risco de osteoporose. Esse efeito decorre de múltiplos mecanismos, incluindo desequilíbrios nutricionais, inflamação e estresse oxidativo. Por outro lado, padrões alimentares baseados em alimentos in natura ou minimamente processados, como frutas, verduras, legumes, cereais integrais e leguminosas, estão relacionados à maior densidade óssea e menor risco de fraturas.

Na APS, a orientação alimentar voltada à saúde óssea deve ir além da suplementação de cálcio e vitamina D, priorizando a promoção de padrões alimentares equilibrados e diversificados, conforme o *Guia Alimentar para a População Brasileira*. As equipes de saúde podem estimular o consumo cotidiano de leguminosas, frutas, verduras, cereais integrais, castanhas e sementes, além de leite e derivados quando aceitos. Essas práticas, associadas a estilos de vida saudáveis, exercem efeito anti-inflamatório e antioxidante, contribuindo para a manutenção da massa óssea e para o controle de processos degenerativos relacionados ao envelhecimento, como a osteoporose.

As equipes de saúde devem orientar sobre a redução do uso de sal e temperos industrializados, a moderação no consumo de carnes vermelhas e a substituição de bebidas açucaradas por água, uma vez que estes alimentos estão associados à maior perda óssea e aumento do risco de osteoporose. A diversidade alimentar,

com a inclusão de diferentes fontes vegetais de cálcio e magnésio, contribui para a saúde óssea e reduz a necessidade de suplementações desnecessárias. Alimentos como leite e derivados, vegetais verde-escuros (couve, brócolis, taioba, repolho), feijões, grão-de-bico, castanhas e sementes (gergelim, chia) são boas fontes de cálcio e devem ser incorporados ao cardápio cotidiano, enquanto a vitamina D pode ser obtida por meio da exposição solar e do consumo de peixes e ovos (Quadro 7).

A suplementação de cálcio e vitamina D deve ser indicada apenas após avaliação clínica, evitando-se o uso rotineiro e indiscriminado, que pode trazer riscos cardiovasculares. O cuidado nutricional voltado à saúde óssea precisa ser parte de uma abordagem integral e multiprofissional, considerando o contexto cultural e social da alimentação e priorizando práticas alimentares que sejam viáveis e significativas para as pessoas. Assim, a Atenção Primária à Saúde desempenha papel central na prevenção e no manejo da osteoporose e de outras doenças crônicas, promovendo o envelhecimento saudável e a qualidade de vida durante o climatério e a pós-menopausa.

Quadro 7 - principais fontes de Vitamina D:

Fontes	Quantidade disponível (µg) em 100g/ml do alimento
Ostra	16
Peixe de água doce	5,5
Ovos	1,28
Bacalhau	1,1
Peixe de água salgada	1,1
Carne suína	1,1
Leite de vaca	1
Carne vermelha	0,6-0,8
Cogumelo	0,5

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabelas de composição nutricional dos alimentos consumidos no Brasil. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. 351 p.

Versão preliminar

Quadro 8 - Principais fontes de cálcio

Alimento	Quantidade em 100g
Leite desnatado	134
logurte desnatado	157
Queijo pasteurizado	323
Ricota	135
Couve	135
Agrião	133
Caruru, folhas	455
Espinafre	98
Taioba, folhas	141
Brócolis	86
Castanha do Brasil	146
Noz	105
Peixe tipo pescadinha	332
Peixe tipo sardinha	167
Farinha de soja	206
Grão de bico	114
Feijão tipo carioca cru	123
Guandu	129

Prevenção de câncer

Hábitos alimentares saudáveis contribuem para a prevenção do câncer e de outras doenças crônicas. Uma alimentação rica em frutas, verduras, legumes e cereais integrais — ou seja, baseada em alimentos in natura ou minimamente processados — fornece ampla variedade de vitaminas, fibras e compostos bioativos que fortalecem as defesas naturais do corpo e reduzem o risco de diferentes tipos de câncer, como os de pulmão, cólon, reto, estômago, boca, faringe, esôfago, mama, laringe e pâncreas.

Em especial nas mulheres na pós-menopausa, o consumo regular desses alimentos está associado à menor incidência de câncer de mama e colorretal. Esses

alimentos ajudam a neutralizar os efeitos de agentes carcinogênicos e podem bloquear ou reverter os estágios iniciais da carcinogênese, devendo ser consumidos com frequência.

As fibras, embora não sejam digeridas pelo organismo, contribuem para reduzir a formação de substâncias cancerígenas no intestino grosso e diminuir a absorção de gorduras. Vale destacar que a alimentação saudável atua como fator protetor quando adotada de forma regular ao longo da vida. As recomendações devem priorizar padrões alimentares e modos de comer em substituição ao foco em nutrientes isolados ou suplementos. O consumo variado de alimentos in natura ou minimamente processados, conforme orienta o Guia Alimentar para a População Brasileira, é suficiente para garantir o aporte de vitaminas, minerais e compostos bioativos com potencial protetor, sem necessidade de suplementação indiscriminada.

Nesse sentido, devem ser valorizados e incentivados os hábitos alimentares tradicionais da população brasileira, incluindo o desenvolvimento e a manutenção de habilidades culinárias para o preparo de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados.

O ganho de peso e o aumento da gordura abdominal, comuns durante a transição menopausal, também estão relacionados ao maior risco de câncer de mama e de outros tumores hormônio-dependentes. Na Atenção Primária à Saúde a abordagem reconhece a alimentação como uma prática social e cultural, e não apenas biológica, reforçando o papel dos profissionais da APS na construção de ambientes alimentares saudáveis.

O consumo regular de alimentos ultraprocessados e o consumo excessivo de carnes vermelhas representam fatores de risco para o desenvolvimento de diferentes tipos de câncer, incluindo os de mama e ovário. A literatura destaca as carnes processadas — como salsichas, bacon, mortadela e presunto — como potenciais fatores de risco, e, portanto, seu consumo deve ser limitado ou evitado. Outros ultraprocessados, como fast food, refrigerantes, margarinas, pães industrializados, biscoitos doces e salgados, salgadinhos de pacote e refeições prontas para consumo, também devem ser evitados. Essa associação tem sido observada de forma consistente em diferentes contextos populacionais, reforçando que a prevenção do câncer deve incluir a redução desses produtos na alimentação cotidiana.

7.4 Atividade física na prevenção doenças crônicas não transmissíveis

A atividade física regular é um fator essencial de proteção para a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e diversos tipos de câncer. Além dos benefícios físicos, o movimento corporal também tem impacto positivo sobre a saúde mental, contribuindo para a prevenção do declínio cognitivo, redução dos sintomas de ansiedade e depressão, manutenção do peso corporal e promoção do bem-estar geral.

Reconhecendo a importância global dessa prática, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o Plano de Ação Global sobre Atividade Física (GAPPA) 2018–2030, que estabelece como meta reduzir em 15% os níveis de inatividade física em adultos e adolescentes até 2030. As diretrizes globais e nacionais sobre atividade física são, portanto, pilares fundamentais de uma política pública de saúde coerente, que orienta países a desenvolverem metas, estratégias e programas voltados à promoção do movimento e da qualidade de vida (BULL et al., 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou, em 2022, o Guia de Atividade Física para a População Brasileira, documento que reúne orientações práticas para diferentes faixas etárias, detalha conceitos e recomendações de tempo e intensidade de atividade física, além de esclarecer definições essenciais para o trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2022).

A seguir, apresenta-se um glossário com os principais termos relacionados à atividade física, adaptado pelos autores deste manual a partir das diretrizes da OMS, com o objetivo de apoiar o acolhimento, a anamnese e a abordagem clínica das mulheres na atenção primária.

Tabela 1 – Glossário de termos relacionados à atividade física .

Atividade física (AF)	Qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto de energia.	d o m í n i o doméstico	Atividade física realizada em casa para tarefas domésticas (como limpar, cuidar de crianças, etc
		domínio do lazer	Atividade física realizada por um indivíduo que não é necessária como atividade essencial da vida diária e é realizada a critério do indivíduo.
		domínio do transporte	Atividade física realizada com o propósito de ir e vir de lugares, e refere-se a caminhar, andar de bicicleta locomoção não motorizados com rodas, como patinetes, patins etc
		domínio do trabalho	Atividade física realizada durante trabalho remunerado ou voluntário.
Inatividade física	Um nível de atividade física insuficiente para atender às recomendações atuais de atividade física.		
Comportamento sedentário	Qualquer comportamento de vigília caracterizado por um gasto energético de 1,5 METs ou menos, sentado, reclinado ou deitado. A maioria dos trabalhos de escritório em mesa, dirigir e assistir televisão são exemplos de comportamentos sedentários		
Inabilidade	um termo abrangente para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação, denotando os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais desse indivíduo (fatores ambientais e pessoais).		
Atividade de fortalecimento ósseo	Atividade física projetada principalmente para aumentar a força de áreas específicas dos ossos que compõem o sistema esquelético. Atividades de fortalecimento ósseo produzem um impacto ou força de tensão nos ossos que promove o crescimento e a força óssea. Exemplos incluem qualquer tipo de salto, corrida e levantamento de peso.		
Atividade física aeróbica	Atividade na qual os grandes músculos do corpo se movem de forma rítmica por um período prolongado. A atividade aeróbica — também chamada de atividade de resistência — melhora a aptidão cardiorrespiratória. Exemplos incluem caminhada, corrida, natação e ciclismo.		
Treinamento de equilíbrio	Exercícios estáticos e dinâmicos projetados para melhorar a capacidade do indivíduo de suportar desafios de oscilação postural ou estímulos desestabilizadores causados por movimento próprio, pelo ambiente ou por outros objetos.		

**O equivalente metabólico da tarefa (MET), um MET é o equivalente energético gasto por um indivíduo sentado em repouso, geralmente expresso em mL O₂ / kg/min.*

Outra forma de classificar a atividade física está relacionada à intensidade do esforço realizado, que pode ser leve, moderada, moderada a vigorosa ou vigorosa. É essencial que o profissional de saúde saiba identificar e diferenciar o nível de intensidade praticado por cada pessoa, considerando sua condição clínica, idade e objetivos, de modo a orientar um plano de cuidado individualizado e seguro. Para

compreender as diferenças entre essas categorias e suas recomendações práticas, consulte o *Guia de Atividade Física para a População Brasileira* (BRASIL, 2021) e as *Diretrizes da Organização Mundial da Saúde sobre atividade física e comportamento sedentário* (BULL et al., 2020).

Instrumentos usados para mensuração da atividade física

A mensuração da atividade física é um aspecto essencial em estudos sobre prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, especialmente quando se considera a saúde da mulher em diferentes fases do ciclo vital

Entre os instrumentos mais utilizados e validados internacionalmente está o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), disponível em versões curta e longa. O IPAQ avalia a frequência, duração e intensidade de atividades físicas em diferentes contextos — trabalho, deslocamento, lazer e tempo sentado — e é amplamente aplicado em pesquisas populacionais e clínicas. Estudos de validação em mulheres brasileiras na pós-menopausa indicam boa reprodutibilidade e aplicabilidade, permitindo a classificação dos níveis de atividade física e sua relação com parâmetros metabólicos e de composição corporal (CRAG et al., 2003).

Outro instrumento amplamente utilizado é o Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para monitoramento populacional de atividade física. O GPAQ abrange três domínios — atividade ocupacional, transporte ativo e lazer — e tem sido recomendado para estudos multicêntricos devido à sua padronização e comparabilidade entre países (RIBEIRO et al., 2024). Avaliações recentes demonstram boa validade e confiabilidade, com coeficientes de correlação moderados a altos quando comparado a medidas objetivas, sendo especialmente útil em estudos epidemiológicos com mulheres de meia-idade e pós-menopausa.

A prática regular de atividade física tem papel essencial tanto na prevenção quanto no tratamento de alterações, melhorando a capacidade cardiovascular, a sensibilidade à insulina, a composição corporal e a autoestima. Quando associada a uma alimentação equilibrada e à restrição calórica moderada, contribui para a redução do peso e preservação da massa magra. Conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde (2020), adultos devem realizar entre 150 e 300

minutos semanais de atividade aeróbica moderada ou de 75 a 150 minutos de atividade vigorosa, além de exercícios de fortalecimento muscular em pelo menos dois dias por semana e da redução do tempo de inatividade física prolongada.

Figura 3. Indicação de intensidade e tempo de atividade física segundo a OMS.



A escolha da atividade física deve considerar as preferências pessoais, a acessibilidade e a segurança. Caminhada, natação, hidroginástica, ciclismo, musculação, dança, jardinagem e jogos ao ar livre são exemplos de atividades recomendadas. Exercícios de impacto moderado, sob orientação profissional, são benéficos para a saúde óssea. As práticas integrativas discutidas no **capítulo 15** contribuem para diferentes aspectos na qualidade de vida e saúde mental.

Para favorecer a adesão à prática regular de exercício, é importante incorporar estratégias motivacionais, como o estabelecimento de metas realistas, o suporte de profissionais qualificados, a participação em grupos, o uso de tecnologias (aplicativos e pedômetros), e o reconhecimento das barreiras individuais, portanto, mulheres na transição da menopausa e pós menopausa devem ser encorajadas a praticar atividade física regularmente, como parte essencial do cuidado integral à saúde, contribuindo para a prevenção de DCNT, a melhora do bem-estar e da qualidade de vida.

Figura 4. Benefícios associados à prática de atividade física.

Fisioterapeuta/educador físico/programa de assistência integral à mulher no climatério (PIAG)

Fortalecimento muscular de intensidade moderada ou exercícios físicos reabilitados, principalmente de fortalecimento de quadríceps e exercícios de alongamento
Práticas corporais (Yoga e Meditação) que envolvem lazer, relaxamento e socialização - não apresentam eficácia



* Figura, elaboração e adaptação referência SORPISO et al., 2012

Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte entre as mulheres, especialmente após a menopausa, quando a queda dos níveis de estrogênio favorece alterações no colesterol, aumento da rigidez das artérias, hipertensão, acúmulo de gordura abdominal e resistência à insulina. A prática regular de atividade física é uma das formas mais eficazes e acessíveis de prevenir e tratar essas doenças. O sedentarismo praticamente dobra o risco de DCV (risco relativo 1,9) e aumenta a chance de hipertensão (2,1), sendo comparável ao impacto do tabagismo (2,5). Exercícios aeróbicos ajudam a reduzir a pressão arterial, tanto em pessoas com hipertensão quanto em normotensas, independentemente do peso corporal (EL KHOUDARY *et al.*, 2020).

A atividade física regular traz benefícios diretos ao sistema cardiovascular, como a redução da pressão arterial, melhora da função e dilatação dos vasos sanguíneos, diminuição do colesterol total e LDL (“colesterol ruim”), aumento do HDL (“colesterol bom”), melhor controle da glicose e da sensibilidade à insulina, além da redução da inflamação crônica associada à aterosclerose. Mulheres fisicamente ativas têm menor risco de infarto, AVC e morte por causas cardiovasculares. Para quem já tem DCV, o exercício é parte fundamental da reabilitação, melhorando a capacidade funcional, os sintomas e a qualidade de vida (EL KHOUDARY *et al.*, 2020).

Diabetes mellitus

Na transição para a menopausa, a redução dos níveis de estrogênio contribui para o aumento da gordura abdominal, resistência à insulina e alterações no metabolismo da glicose, elevando o risco de desenvolvimento do DM2 tornando-a uma das doenças crônicas mais comuns entre mulheres na meia-idade (UMPIERRE *et al.*, 2011; RANA *et al.*, 2007; BAO *et al.*, 2014).

A atividade física regular desempenha papel fundamental tanto na prevenção quanto no controle da doença, pois aumenta a captação de glicose pelos músculos, melhora a sensibilidade à insulina, reduz a hemoglobina glicada (HbA1c) e auxilia no controle do peso corporal. Evidências mostram que a prática de exercícios aeróbicos leves a moderados, associada a uma alimentação equilibrada e leve perda de peso, pode reduzir em até 50% o risco de progressão para o diabetes entre pessoas com intolerância à glicose, alcançando reduções relativas de até 58% em menos de três anos. Mulheres fisicamente ativas apresentam menor risco de desenvolver DM2 e, quando já diagnosticadas, obtêm melhor controle glicêmico, menor necessidade de medicação e menos complicações, como neuropatia e doença arterial periférica (UMPIERRE *et al.*, 2011; RANA *et al.*, 2007; BAO *et al.*, 2014).

Obesidade

A obesidade é uma condição multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e está associada a maior risco de doenças crônicas, como diabetes tipo 2, hipertensão, dislipidemias, doenças cardiovasculares e cânceres relacionados a hormônios. Durante a transição menopausal, a redução dos níveis de estrogênio favorece o aumento da gordura abdominal e a redistribuição da gordura corporal para a região central. Nesse contexto, a atividade física é um dos principais pilares para o manejo da obesidade, atuando na prevenção do ganho de peso, na redução e manutenção do peso corporal e na preservação da massa magra, mesmo com perda de peso modesta (MUNSHI; GARG, 2025; FOSTER-SCHUBERT *et al.*, 2012; KHALAFI *et al.*, 2023).

Embora o aumento isolado da atividade física tenha efeito limitado sobre a perda e manutenção do peso, sua associação a uma alimentação equilibrada potencializa os resultados, promovendo emagrecimento mais rápido, preservação da massa magra e menor recidiva do ganho de peso. Em relação ao perfil lipídico, exercícios aeróbicos de intensidade moderada elevam o HDL-colesterol

(HDL-C) e reduzem o colesterol total, o LDL-colesterol (LDL-C) e os triglicerídeos. Após a menopausa, quando há tendência a um perfil lipídico menos favorável, a prática regular de exercícios aeróbicos contribui para melhorar os níveis de colesterol e reduzir a gordura corporal (MUNSHI; GARG, 2025; FOSTER-SCHUBERT *et al.*, 2012; KHALAFI *et al.*, 2023).

Saúde metabólica e musculoesquelética

A transição menopausal e a pós-menopausa representam períodos de intensas transformações hormonais, especialmente pela redução dos níveis de estrogênio, que afetam diretamente o metabolismo e o sistema musculoesquelético. Essas mudanças contribuem para o aumento da gordura visceral, resistência à insulina, disfunção endotelial e perda de massa óssea e muscular, elevando o risco de síndrome metabólica, sarcopenia e osteoporose (CARR, 2003; HYVÄRINEN *et al.*, 2022).

A síndrome metabólica é caracterizada por obesidade central, dislipidemia (HDL-C baixo e triglicerídeos elevados), hiperglicemia, hipertensão arterial e, frequentemente, diminuição da fibrinólise, estando fortemente associada à resistência à insulina e à inflamação crônica de baixo grau. Durante a menopausa, sua prevalência aumenta devido às alterações hormonais e à redistribuição da gordura corporal, com maior acúmulo na região visceral (ZAJAÇ-GAWLAK *et al.*, 2017).

Nesse contexto, a atividade física regular é uma ferramenta terapêutica essencial tanto para a prevenção quanto para o controle da síndrome metabólica, com destaque para a redução da circunferência abdominal, melhora da sensibilidade à insulina, equilíbrio do perfil lipídico e modulação dos marcadores inflamatórios (KHALAFI *et al.*, 2023; FOSTER-SCHUBERT *et al.*, 2012). As diretrizes internacionais, como as do National Cholesterol Education Program (NCEP) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendam a prática de atividade aeróbica de intensidade moderada associada ao treinamento de resistência muscular (musculação, pilates, exercícios funcionais ou com o peso corporal). Além dos benefícios metabólicos, o exercício contribui para a redução dos sintomas depressivos, melhora da autoestima e imagem corporal, aspectos fundamentais na promoção do bem-estar global das mulheres nessa fase da vida (EL KHOUDARY *et al.*, 2020; MUNSHI; GARG, 2025).

O envelhecimento também está associado à redução do conteúdo de água corporal, massa óssea e massa muscular, acompanhada do aumento da gordura

total. A inatividade física agrava essas alterações e acelera o declínio funcional. Durante a menopausa, a queda estrogênica promove perda de massa óssea (osteopenia e osteoporose), redução da massa e força muscular (sarcopenia) e aumento do risco de quedas e fraturas.

A osteoporose, principal causa de fraturas em mulheres idosas, caracteriza-se pela perda de massa e desorganização da microarquitetura óssea. O exercício físico atua de forma preventiva e terapêutica, promovendo estímulo mecânico ao tecido ósseo, fortalecimento muscular e melhora da coordenação e do equilíbrio, o que reduz o risco de quedas. O treinamento de resistência com carga está associado à melhor densidade mineral óssea e menor taxa de perda óssea ao longo da vida.

Atividades como musculação, hidroginástica, caminhada rápida e exercícios de impacto controlado são eficazes na prevenção e controle da osteoporose. Em estudos controlados, mulheres idosas com osteoporose que participaram de programas de exercícios com carga mantiveram a densidade mineral óssea, enquanto o grupo controle apresentou perda significativa em seis meses. Esses resultados reforçam o papel da atividade física na manutenção da densidade óssea, na prevenção da sarcopenia e na melhora da coordenação e estabilidade postural.

As recomendações do Royal Osteoporosis Society (Reino Unido), expressas no consenso “*Strong, Steady and Straight*” (*Força, resistência, estabilidade—tradução nossa*), destacam três pilares fundamentais para o cuidado de mulheres com osteoporose:

1. Strong (força): promover fortalecimento muscular por meio de exercícios de resistência e sobrecarga progressiva;
2. Steady (estabilidade): aprimorar equilíbrio, coordenação e estabilidade postural para reduzir o risco de quedas;
3. Straight (alinhamento): manter boa postura e flexibilidade, protegendo a coluna e prevenindo fraturas por compressão vertebral (BROOKE-WAVELL *et al.*, 2022).



Por meio da declaração de consenso *Strong, Steady and Straight* (*British Journal of Sports Medicine*, 2022), a Royal Osteoporosis Society definiu também as diretrizes para o exercício físico seguro e eficaz em pessoas com osteoporose. O documento recomenda três eixos principais de intervenção:

1. **Exercícios de resistência e impacto** para otimizar a densidade e a resistência óssea;
2. **Atividades de força e equilíbrio** para prevenir quedas;
3. **Exercícios de extensão da coluna** para melhorar a postura e reduzir o risco de fraturas vertebrais.

Por segurança, o consenso orienta evitar posturas que envolvam alto grau de flexão da coluna durante exercícios ou atividades cotidianas, especialmente em pessoas com fraturas vertebrais prévias. Indivíduos com fraturas de baixo trauma

devem realizar apenas exercícios com impacto leve, como caminhada rápida. Aqueles com maior risco de quedas devem iniciar programas específicos de fortalecimento e equilíbrio. Em casos de dor ou limitação funcional, exercícios supervisionados podem auxiliar no controle da dor, melhora da mobilidade e qualidade de vida, sempre com orientação profissional.

O documento também enfatiza que, embora a atividade física traga inúmeros benefícios, ela **não substitui o tratamento farmacológico** quando indicado para a prevenção de fraturas. Além disso, reduzir a atividade física por medo de novas fraturas pode trazer prejuízos adicionais à saúde, incluindo maior perda de massa óssea e muscular. Assim, a combinação entre movimento seguro, orientação adequada e continuidade das terapias médicas constitui a base do manejo integral da osteoporose em mulheres na menopausa.

FORTE (Força): Exercícios para promover a força óssea e muscular

O componente “FORTE” do consenso *Strong, Steady and Straight* enfatiza a importância dos exercícios que promovem a força óssea e muscular, fundamentais para a manutenção da densidade mineral óssea (DMO) e redução do risco de fraturas em mulheres com osteoporose.

Recomendações principais deste componente:

- Realizar exercícios de sustentação de peso com impacto moderado, como corridas leves, subidas em degraus ou saltos de baixa altura. Recomenda-se cerca de 50 impactos moderados por sessão, conforme a capacidade individual;
- Para mulheres com fraturas vertebrais, múltiplas fraturas ou menor capacidade funcional, devem ser priorizadas atividades de baixo impacto, como caminhada ou marcha leve, por cerca de 20 minutos;
- Mulheres frágeis ou com mobilidade reduzida devem evitar longos períodos em posição sentada, levantando-se por um a dois minutos a cada hora;
- Recomenda-se aumentar gradualmente a intensidade dos exercícios de resistência muscular, utilizando pesos livres ou faixas elásticas. O ideal é atingir três séries de 8

a 12 repetições máximas (RM), envolvendo os principais grupos musculares;

- A orientação de um profissional de educação física ou fisioterapeuta é importante para garantir a execução correta e segura dos movimentos.

Há evidências robustas de que a atividade física regular está associada à redução do risco de fratura de quadril e à manutenção da força e da densidade óssea. Ensaios clínicos demonstram que programas de exercícios com impacto moderado e resistência muscular de alta intensidade promovem melhora significativa da DMO em mulheres na pós-menopausa (HOWE *et al.*, 2011; WATSON *et al.*, 2017).

ESTABILIDADE: Exercícios e atividades para promover a estabilidade, prevenindo quedas e reduzindo fraturas relacionadas a elas

Recomendações:

- Exercícios de equilíbrio e fortalecimento muscular são recomendados para maiores de 65 anos ou qualquer pessoa com problemas de equilíbrio, especialmente antes de começar uma nova atividade física desafiadora, como caminhada rápida;
- Se as pacientes estiverem apresentando quedas, o encaminhamento para rede especializada no idoso ou fisioterapeuta para uma avaliação multifatorial do risco de quedas e aconselhamento também deve ser considerado.

Evidências: Há boas evidências de que exercícios e atividades físicas reduzem o risco de quedas. A maioria das fraturas por fragilidade não vertebral é causada por quedas e, em princípio, a redução do risco de quedas provavelmente reduzirá as fraturas. (SHERRINGTON *et al.*, 2019).

DIRETO (RESISTÊNCIA): Exercícios de fortalecimento das costas e movimentação e levantamento seguros de peso para reduzir o risco de fraturas vertebrais e ajudar a melhorar os sintomas associados. Embora aplicáveis a todos os pacientes com osteoporose, recomendações específicas precisam ser adaptadas a cada indivíduo, levando em consideração as preferências pessoais.

Recomendações:

1. Exercícios de fortalecimento das costas são recomendados de 2 a 3 dias por semana para ajudar na postura e prevenir dores após fraturas vertebrais (ou diariamente para ajudar com dores existentes);
2. Pacientes com fratura vertebral dolorosa precisam de aconselhamento imediato para reduzir os níveis de ansiedade. Eles podem se beneficiar de um encaminhamento a um fisioterapeuta para um programa de exercícios personalizado.

Evidências: Há algumas evidências que sugerem que o exercício pode ajudar a melhorar os sintomas e a qualidade de vida após fraturas vertebrais dolorosas.

Segurança

A declaração de consenso do *Royal Osteoporosis Society* (2022) recomenda exercícios de impacto moderado — como corridas leves e saltos de baixa altura — e o uso de pesos para fortalecer ossos e músculos em pessoas com osteoporose, desde que sejam introduzidos de forma gradual e com técnica adequada. Mesmo após fraturas vertebrais, essas atividades podem ser benéficas, não havendo contraindicação absoluta, apenas a necessidade de adaptação individual e cautela em casos de múltiplas fraturas ou limitações funcionais.

O documento destaca ainda que todos os indivíduos com osteoporose devem aprender movimentos seguros, como dobrar o quadril ao levantar, para proteger a coluna e evitar sobrecargas. Ressalta-se a importância de uma abordagem positiva e educativa dos profissionais de saúde, incentivando a prática de exercícios adequados como parte essencial da prevenção de fraturas, da manutenção da saúde óssea e da promoção da qualidade de vida.

Atividade física na prevenção das neoplasias Câncer de cólon

O câncer colorretal, especialmente o de cólon, é uma das neoplasias mais comuns em mulheres a partir da meia-idade. Entre os principais fatores de risco

modificáveis estão o sedentarismo, obesidade, dieta inadequada e resistência insulínica — todos altamente prevalentes durante a transição da menopausa e a pós-menopausa.

A atividade física regular está consistentemente associada a uma redução do risco de câncer de cólon. Metanálises e estudos de coorte indicam que mulheres fisicamente ativas têm até 30% menos risco de desenvolver esse tipo de câncer em comparação com mulheres sedentárias.

A análise da relação entre atividade física e câncer de cólon a partir de dados de estudos longitudinais e estudos caso-controle multicêntricos mostrou que a atividade física não é meramente um marcador de estilo de vida mais saudável, mas sim um preditor independente, de efeito protetor para o câncer de cólon. A atividade física melhora o trânsito intestinal, reduzindo o tempo de exposição da mucosa a substâncias potencialmente carcinogênicas reduzindo a inflamação sistêmica crônica (COURNEYA *et al.*, 2025).

Câncer de mama

O câncer de mama é o tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo, especialmente após os 50 anos. Fatores como obesidade, sedentarismo, consumo de álcool, terapia hormonal e envelhecimento aumentam o risco de desenvolvimento da doença. Durante a menopausa, a redução dos níveis de estrogênio endógeno está associada a alterações metabólicas, maior acúmulo de gordura corporal e exposição a fatores de risco ambientais e comportamentais.

A prática regular de atividade física tem sido consistentemente associada à redução do risco de câncer de mama. Evidências científicas indicam que mulheres que praticam, pelo menos, quatro horas semanais de atividade física de intensidade moderada apresentam uma redução de 10% a 25% no risco de desenvolver a doença, especialmente após a menopausa. Esse efeito protetor parece ocorrer independentemente do peso corporal, embora seja potencializado em mulheres com peso adequado. A redução da gordura corporal, aliada à diminuição dos níveis circulantes de estrogênios e insulina, é apontada como um dos principais mecanismos envolvidos nesse benefício (FICARRA *et al.*, 2022; DIELI-CONWRIGHT *et al.*, 2018).

7.5 Saúde Bucal

O hipoestrogenismo característico da menopausa provoca impactos sistêmicos que também afetam a saúde bucal. Embora as estruturas bucomaxilofaciais não sejam alvos primários dos hormônios sexuais, possuem receptores estrogênicos, e a queda dos níveis hormonais pode desencadear sintomas como dor orofacial, xerostomia (boca seca), alterações na mucosa oral, sensibilidade aumentada e maior predisposição a doenças periodontais e ósseas. Esses efeitos se associam à redução da lubrificação, disfagia, alterações do paladar e aumento de infecções locais, comprometendo o bem-estar e a qualidade de vida da mulher nessa fase.

Pesquisas pioneiras, como as desenvolvidas no centro “Women’s Health Initiative” (WHI) da Universidade de Buffalo, investigaram a relação entre menopausa, osteoporose, doença periodontal, microbioma oral e condições sistêmicas, evidenciando a importância da saliva na manutenção da homeostase bucal. A redução do fluxo salivar, comum nesse período, pode alterar a flora oral e favorecer a proliferação de microrganismos patogênicos como *Candida albicans* e *Streptococcus mutans*. Além disso, alterações na microcirculação induzidas pela deficiência estrogênica podem comprometer o parênquima das glândulas salivares, contribuindo para a xerostomia e modificações na composição salivar, com variações nos níveis de cálcio, fósforo e estrogênios.

Essas mudanças refletem-se em quadros de mucosa oral seca e atrófica, sensação de ardência, piora da doença periodontal e desconforto no uso de próteses, muitas vezes acompanhadas de dor neuropática e impacto emocional. Apesar das evidências, ainda são escassos os estudos sobre terapias eficazes para a xerostomia e outras alterações orais na menopausa, o que reforça a necessidade de abordagens multidisciplinares e pesquisas baseadas na fisiologia glandular para preservar a saúde bucal e sistêmica da mulher nessa fase.

Quadro 9: Alterações relatadas na cavidade oral de mulheres na menopausa

parâmetros salivares	Diminuição do fluxo salivar estimulado e não estimulado
	Aumento da concentração inorgânica de cálcio salivar
	Redução da concentração de lisozima
	Calculose
mucosa oral	Diminuição da hidratação da mucosa
	Atrofia da mucosa
	Aumento da susceptibilidade de infecções
	Sintomas de ardência bucal
dentes e periodonto	Aumento da susceptibilidade de caries
	Aumento do risco de periodontite
	Mineralização da placa dentária resultando em maior índice de cálculo dentário
	Aumento do risco de osteoporose
Dores de origem neuropática	Síndrome da ardência bucal
	Dores e disfunção na articulação temporomandibular
	Dores faciais

Abordagem Clínica e Diagnóstico

O diagnóstico das condições orais na mulher menopausada deve ser multi-dimensional, considerando:

- Avaliação de queixas sensoriais subjetivas (uso de escalas para ardência e secura);
- Exame físico;
- Histórico de uso de medicamentos e comorbidades associadas (osteoporose, diabetes, hipertensão).

Em alguns casos podem ser orientados a execução de exames mais detalhados, como: Avaliação do fluxo salivar (métodos sialométricos); análise da microbiota bucal; exame periodontal detalhado (*Não disponíveis no SUS - exames somente em rede especializada e em pesquisas clínicas*).

Promoção da Saúde Bucal e abordagem terapêutica

Intervenções educativas e educação em autocuidado e auto-exame:

- Visitas ao cirurgião-dentista, de acordo com as necessidades individuais da paciente para manutenção da saúde periodontal, detecção precoce de cáries e rastreamento de câncer bucal;
- Intensificação de medidas de higiene oral adequada, com orientação profissional;
- Utilização de cremes dentais com menor concentração de detergente, escovas dentais extramacias e, caso seja necessário o uso de enxaguantes, estes devem ser livres de álcool;
- Analgésicos e ansiolíticos para síndrome da ardência bucal, quando necessário.
- Nos casos de reabilitação oral com próteses e implantes, a avaliação multidisciplinar com critérios claros e exames para a indicação ou contraindicação de procedimentos é fundamental.

Considerações Finais

A saúde bucal da mulher na transição para menopausa e pós menopausa deve ser reconhecida como parte integrante da saúde geral, especialmente diante do envelhecimento populacional. O cuidado odontológico sensível às mudanças hormonais e emocionais vivenciadas nesse período pode melhorar significativamente a qualidade de vida dessas mulheres, promovendo bem-estar, autonomia e longevidade com dignidade.

A inclusão da saúde oral nas políticas públicas e nos programas de atenção à mulher é uma urgência que deve ser sustentada por evidências científicas e por uma abordagem ética, acolhedora e interdisciplinar.

7.6 Autocuidado e Saúde Mental na Pré e Pós-Menopausa: Estratégias na Atenção Primária à Saúde

O gênero e a idade desempenham papéis fundamentais no desenvolvimento humano, influenciando de maneira significativa as experiências, a saúde e o bem-estar das pessoas. Compreender uma mulher sem considerar o impacto do gênero é tão inadequado quanto avaliá-la sem levar em conta sua faixa etária e as transformações biopsicossociais que acompanham cada fase da vida. A transição para menopausa e a pós menopausa são momentos de intensas mudanças hormonais, físicas, emocionais e sociais que impactam diretamente a saúde mental e o autocuidado.

Saúde Mental na Atenção Primária

Os cuidados em saúde mental vêm passando por um processo de transformação, abandonando modelos centrados apenas na doença e adotando perspectivas mais integradas e humanizadas. Na Atenção Primária à Saúde, o reconhecimento das necessidades emocionais e psíquicas das mulheres na transição para menopausa e pós menopausa é essencial para garantir o cuidado integral. Essa integração exige qualificação das equipes, reorganização dos fluxos de atendimento e valorização da escuta como ferramenta terapêutica. É importante reconhecer que o sofrimento psíquico nessa fase da vida muitas vezes se expressa por meio de sintomas inespecíficos, como fadiga, insônia, irritabilidade ou dores crônicas.

Ética da Responsabilidade e Controle Social

A ética da responsabilidade, enquanto fundamento do SUS, busca enfrentar desigualdades históricas e garantir o direito à saúde com equidade. Ela implica reconhecer a vulnerabilidade social, emocional e clínica das mulheres, muitas vezes invisibilizadas nas políticas públicas. O controle social, por sua vez, promove a participação ativa dos cidadãos na formulação e fiscalização das políticas de saúde. É fundamental que as mulheres participem das instâncias deliberativas — como conselhos e conferências de saúde — para expressarem suas necessidades e garantirem a implementação de ações voltadas ao seu bem-estar.

Território como Espaço de Cuidado

O território deve ser compreendido como um espaço vivo, com afetos, relações e saberes compartilhados. Na saúde mental, o cuidado territorializado permite compreender a mulher em seu contexto — familiar, comunitário, laboral, religioso — favorecendo intervenções mais sensíveis e eficazes. Grupos de convivência, visitas domiciliares, rodas de conversa e ações intersetoriais ampliam o cuidado e fortalecem os vínculos comunitários. A territorialização permite à APS captar com maior precisão os determinantes sociais da saúde que impactam a vida das mulheres na menopausa.

Educação e Literacia em Saúde (LS)

A literacia em saúde, ou letramento em saúde, refere-se à capacidade de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações para tomar decisões em saúde. Mulheres com maior nível de LS tendem a participar ativamente do seu cuidado, reconhecendo sinais de alerta, aderindo a terapias e buscando suporte adequado. A APS deve investir na criação de materiais educativos acessíveis, considerando linguagem clara, diversidade cultural e metodologias participativas. Atividades educativas em grupo, com mediação de profissionais de saúde, são estratégias eficazes para ampliar o conhecimento sobre o climatério e fortalecer o autocuidado.

Promoção do Autocuidado na transição para menopausa e pós menopausa

O autocuidado vai além das práticas individuais: é também um exercício de autonomia, reconhecimento e valorização da própria história. Mulheres que compreendem a transição para a menopausa e pós menopausa como um processo natural, e não como uma doença, tendem a lidar melhor com suas transformações. A promoção do autocuidado deve envolver:

- Acompanhamento multiprofissional contínuo e personalizado;
- Incentivo à prática de atividades físicas prazerosas e regulares;
- Educação alimentar com foco em nutrição, saúde óssea e cardiovascular;

- Estratégias de regulação do sono e manejo do estresse;
- Estímulo à expressão emocional e ao fortalecimento da autoestima;
- Participação em grupos terapêuticos, de apoio ou espirituais;
- Estabelecimento de metas realistas e de autocuidado sustentável.

A APS tem papel central na mediação dessas práticas, promovendo espaços de escuta, acolhimento e construção conjunta de estratégias.

Aspectos Psicológicos e Transtornos Mentais

A transição para a menopausa pode ativar memórias, inseguranças e conflitos não elaborados, sendo uma fase de reorganização identitária. A psicologia compreende que pensamentos automáticos negativos podem intensificar o sofrimento psíquico. Nessa fase, é comum surgirem quadros de ansiedade, depressão, alterações de humor, distúrbios do sono e diminuição da libido. Esses sintomas não devem ser automaticamente medicalizados, mas sim investigados dentro de um contexto ampliado. Avaliações clínicas e entrevistas motivacionais ajudam a compreender a origem do sofrimento e planejar um cuidado adequado.

Ansiedade na transição para menopausa

A ansiedade, embora fisiológica em certos contextos, pode se tornar patológica quando persistente ou incapacitante. No climatério, transição para menopausa — especialmente a queda de estrogênio — afeta neurotransmissores como serotonina e dopamina, influenciando o humor. Os sintomas variam:

- Psíquicos: preocupação excessiva, tensão, irritabilidade, sensação de ameaça iminente;
- Físicos: taquicardia, tremores, suor excessivo, desconforto abdominal, insônia.

O tratamento deve ser interdisciplinar e gradual:

- Intervenções psicoeducativas e apoio psicoterapêutico;
- Técnicas de respiração, relaxamento e mindfulness;

- Prescrição de Inibidores dos receptores da serotonina (ISRS/ISRN) em casos de ansiedade persistente;
- Benzodiazepínicos apenas em episódios agudos, com vigilância.

Transtornos Depressivos

A depressão TM e PM muitas vezes se apresenta de forma atípica, com queixas somáticas, desesperança difusa e isolamento. Mudanças na autoimagem, perda de papéis sociais e sentimentos de inutilidade podem agravar o quadro. Os sintomas vasomotores, como fogachos e sudorese noturna, também contribuem para a exaustão e comprometem o sono e o humor.

A detecção precoce é essencial. Ferramentas como PHQ-9- https://www-m-dcalc-com.translate.googleusercontent.com/translate/g/translate?hl=pt&sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt&_x_tr_pto=tc&_x_tr_hist=true- e rastreamento por demanda espontânea e ativa auxiliam na abordagem. O diagnóstico deve considerar o contexto de vida, evitando patologização de experiências humanas legítimas.

Manejo e Tratamento da Depressão

A abordagem terapêutica deve ser interdisciplinar e contínua:

- Medicamentos antidepressivos (ISRS como escitalopram, sertralina);
- Terapia cognitivo-comportamental ou terapia interpessoal;
- Atividade física regular e práticas integrativas (yoga, meditação, mindfulness);
- Avaliação criteriosa sobre terapia hormonal, considerando riscos e benefícios;
- Apoio familiar e fortalecimento da rede de apoio.

O vínculo entre profissional e usuária é determinante para o sucesso do tratamento. O seguimento longitudinal e o diálogo empático favorecem a adesão e a melhora clínica.

Importante que os aspectos relacionados à saúde mental das mulheres sejam avaliados em consonância com os princípios da abordagem comunitária, levando-se em consideração aos determinantes sociais que estão submetidas e potencializando o cuidado com o uso dos equipamentos sociais do território.

Conclusão

O cuidado integral à mulher na transição para menopausa e pós menopausa exige escuta qualificada, reconhecimento do sofrimento psíquico e valorização da singularidade de cada trajetória. A APS deve ser o principal espaço de cuidado, prevenção e promoção de saúde, fortalecendo a autonomia, o autocuidado e a dignidade das mulheres em todas as fases da vida.

Instrumentos Recomendados:

- PHQ-9 para triagem de depressão
- GAD-7 para triagem de ansiedade
- Escala MenQOL (Quality of Life in Menopause)

7.7 Cuidados com a pele

Os sintomas cutâneos e de mucosas na transição para menopausa e pós-menopausa incluem ressecamento e prurido de pele, afinamento e atrofia dos fios capilares, rugas e flacidez em pele, cicatrização deficiente e redução da vascularização. O câncer de pele é mais comum em pessoas com mais de 40 anos. Deve-se suspeitar de qualquer mudança persistente na pele e os sintomas de alerta podem ser manchas pruriginosas (que coçam), descamativas ou que sangram; sinais ou pintas que mudam de tamanho, forma ou cor; “feridas” que não cicatrizam em quatro semanas. Assim, ao identificar lesões suspeitas, o cuidado em rede deve ser acionado, seja através do encaminhamento, matriciamento ou tecnologias digitais, para confirmação do diagnóstico e tratamento. Quanto mais precoce a identificação, melhores serão os resultados do tratamento.

Ainda, é necessário estimular hábitos saudáveis e cuidados básicos de limpeza, hidratação e proteção à pele durante o processo natural de envelhecimento. A principal recomendação para a prevenção do câncer de pele é evitar a exposição ao sol, principalmente nos horários em que os raios solares são mais intensos (entre 10h e 16h), bem como utilizar óculos de sol com proteção UV, roupas que protegem o corpo, chapéus de abas largas, sombrinhas e guarda-sol. O uso de filtro solar com fator de proteção solar (FPS) 15 ou mais é fundamental, principalmente quando a exposição ao sol é inevitável. O filtro solar deve ser aplicado corretamente e reaplicado sempre que necessário, uma vez que o real fator de proteção desses produtos varia com a espessura da camada de creme aplicada, a frequência da aplicação, a transpiração e a exposição à água.

A hidratação adequada é um dos principais determinantes da saúde cutânea em todas as fases da vida, e esse cuidado deve ser estimulado. Tanto a ingestão hídrica quanto o uso regular de hidratantes contribuem para melhor função de barreira, elasticidade e redução de sinais de envelhecimento, como rugas, conforme demonstrado em ensaios clínicos e meta-análises (PALMA, 2015; SEOL *et al.*, 2024; DE MIRANDA *et al.*, 2021; MYUNG *et al.*, 2025).

Somado a isso, necessário destacar a importância da aparência no contexto social influencia diretamente a autoimagem, a autoestima e as práticas de autocuidado, especialmente entre mulheres de meia-idade e idosas,

como evidenciado em estudos nacionais e internacionais (KILPELA et al., 2019; ROS-SÁNCHEZ et al., 2023). Estratégias que auxiliem na ressignificação do envelhecimento e promovam autonomia e autocuidado podem favorecer a saúde integral feminina (SÁNCHEZ-CABRERO et al., 2019; TEDESCO, 2021).

7.8 Cuidados com o sono

As mulheres relatam mais problemas de sono do que os homens e têm três vezes mais probabilidade de apresentar insônia e sono inadequado. Os calores repentinos e noturnos aumentam tanto a fragmentação do sono quanto a insatisfação, levando a uma pior qualidade de vida e, de modo geral, a piores resultados de saúde global. Fenômenos fisiológicos associados à menopausa são possíveis fatores predisponentes para distúrbios do sono, em particular para a insônia e maior vulnerabilidade a transtornos de comportamento e humor. Assim, torna-se fundamental os cuidados gerais com o sono a fim de minimizar os possíveis impactos do hipoestrogenismo na transição para menopausa e pós menopausa. Recomenda-se:

- Manter horários regulares para dormir e acordar;
- Evitar bebidas alcoólicas e estimulantes (como café, chá preto, chá verde, chocolate e refrigerantes) antes de dormir;
- Evitar refeições pesadas e alimentos ricos em açúcar à noite;
- Praticar atividade física regularmente;
- Reduzir o uso de telas (celular, televisão, tablet) pelo menos uma hora antes de dormir;
- Evitar cochilos longos durante o dia;
- Criar um ambiente favorável ao descanso — com roupas confortáveis, pouca luminosidade e silêncio;
- Iniciar o relaxamento antes de deitar, utilizando técnicas respiratórias, alongamentos leves ou meditação; Procurar orientação profissional na unidade básica de saúde em caso de despertares frequentes ou fogachos noturnos.

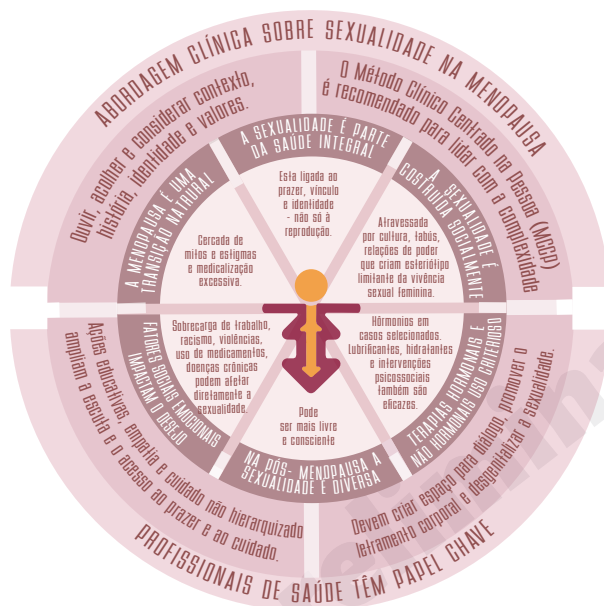
DIMENSÕES DO CUIDADO



8 Sexualidade e Menopausa

“O erótico é quando o corpo se perde de si e se olha de fora sem a sua identidade. Então, o que é produzir saúde? É estimular esse erótico que é a relação da gente com a vida”

(Viviane Mosé)



A sexualidade ainda é um tema pouco discutido entre público leigo e profissionais de saúde, embora seja um dos aspectos fundamentais da existência humana, sendo um componente primordial para a qualidade de vida e conceito ampliado de saúde (DIAMOND; HUEBNER, 2012, FLYNN et al., 2016, SOUZA JÚNIOR et al., 2022, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Muito além da atividade sexual e da reprodução, a sexualidade abrange conceitos como prazer, satisfação, subjetividade, autoconhecimento e conexão entre as pessoas. Diversos fatores culturais e sociais moldam a nossa visão da sexualidade, que tradicionalmente é colocada como objeto de vergonha, segredo ou tabu. Isso resulta em um baixo conhecimento generalizado sobre o funcionamento do corpo e dos próprios desejos (MOORE, 1997; COSTA, 1995).

A ignorância e os tabus que ainda rodeiam a sexualidade têm um impacto significativo durante a transição para a menopausa, fazendo com que as diversas mudanças que acontecem no corpo e nas relações sexuais nesse período da vida sejam frequentemente atribuídas, muitas vezes indevidamente, à menopausa. O comportamento sexual humano é influenciado por aspectos psicológicos e socio-culturais e está relacionado com a saúde física e mental, com a qualidade de vida e a autoestima (LARA et al., 2021; GUSSO; LOPES; DIAS, 2018).

Na transição menopausal as repercussões hormonais se somam às transformações biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Embora autores se refiram à menopausa como sendo um fenômeno biopsicossocial, historicamente o enfoque maior tem sido dado aos fatores biológicos, aos sinais e sintomas, inclusive referindo a menopausa como uma síndrome ou um período patológico e anormal (FOUCAULT, 1979; LARA et al., 2024). A forma como as pessoas reagem a estes determinantes biopsicossociais pode variar enormemente, não sendo raro observar-se manifestações positivas da sexualidade mesmo em condições orgânicas, psicológicas ou sociais consideradas adversas (STEWART et al., 2017).

Apesar de constituir uma etapa normal do ciclo biológico, da mesma forma que a adolescência, e não uma doença que incapacita ou a limita para a vida, verifica-se que alguns profissionais de saúde, ao abordarem esse assunto, acabam por reforçar uma visão da perimenopausa/menopausa como um fato anormal ou uma doença, sem construir um contraponto ao senso comum. Visto desta maneira, julgam ser necessário intervir quimicamente por meio de terapia medicamentosa, caracterizando o uso indiscriminado e muitas vezes desnecessário de medicamentos (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018; LARA et al., 2024).

Dado que a sexualidade é envolta por tabus, vergonha e segredos, ela se torna um terreno fértil para o exercício de poder e estereótipos — principalmente em corpos subjugados por uma cultura patriarcal e/ou em corpos diferentes da dita normalidade (FOUCAULT, 1979; FINE, 2003). Considerando uma sociocultura que hierarquiza o corpo da mulher como incompleto ou deficiente, exercendo sobre ele saberes médicos, políticos e jurídicos, e reduzindo-o à sua capacidade reprodutiva como função social, este período ganha significados negativos na cultura. Consequentemente, mulheres em transição para a menopausa raramente são reconhecidas como sujeitos de direitos e protagonistas de sua própria saúde. Dessa forma, a vivência da sexualidade nessa fase da vida é comumente invisibilizada e deslegitimada como vivência de saúde e das relações socioafetivas. Da mesma forma, os direitos sexuais e reprodutivos dessas populações muitas vezes são negligenciados. É necessário que os profissionais de saúde desconstruam tais relações de poder, ressignifiquem os valores associados à menopausa e legitimem a mulher como protagonista de sua sexualidade e de sua saúde.

8.1 Envelhecimento e Sexualidade

O envelhecimento sexual é um dos fatores mais frequentemente apontados como fonte de angústia para mulheres e homens nessa fase da vida. Os conflitos são mais frequentes no ocidente do que em outras culturas como a oriental, principalmente devido à desvalorização dos indivíduos mais maduros, incluindo as mulheres após a menopausa (COSTA, 1995; LARA et al., 2021).

A sexualidade na transição para a menopausa é sujeita a vários mitos que reforçam a ideia de que, nesse período, as pessoas não desejariam mais manter relações sexuais. Um deles é a associação da função sexual com a função reprodutora. Outro é a ideia de que a atração erótica se faz às custas somente da beleza física associada à jovialidade. Há ainda um terceiro mito que considera a sexualidade feminina relacionada diretamente aos hormônios ovarianos, vinculando a diminuição da função do ovário com a diminuição da função sexual. O grau de aceitação destes mitos, tanto pelas mulheres quanto pelos profissionais de saúde, terá impacto direto sobre as vivências da sexualidade nesta e em outras etapas da vida (LARA et al., 2024).

Atualmente, com o aumento da expectativa de vida, mulheres passam uma parte significativa da sua vida no período na pós-menopausa, tendo ainda muitos anos para desfrutar de uma sexualidade saudável (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018). Algumas pessoas nesse período podem sentir diminuição do desejo enquanto outras experimentam o processo inverso, ou seja, uma liberação do desejo e o exercício de uma sexualidade menos conflituosa. Nessa fase mais experiente da vida, o conceito de satisfação muda, permitindo a procura de novas formas para exercer a sexualidade, motivada pela sabedoria adquirida, melhor conhecimento de si própria, de seu corpo e seu psicológico, e maturidade para buscar outras opções.

Para alguns autores, a maior parte das barreiras sexuais não são propriamente sexuais, mas sim problemas e dificuldades que se refletem na vida sexual. **A má qualidade de vida em geral é um dos fatores mais impeditivos do exercício pleno e da realização sexual, em qualquer fase da vida** (STEWART et al., 2017; LERNE et al., 2022).

A forma como a sexualidade foi vivenciada antes da menopausa pode influenciar significativamente nas expectativas para o futuro sexual da mulher (LARA et al., 2021). A oportunidade de desconstruir tabus e ressignificar conceitos de prazer

e sexualidade, de ser vista como protagonista de sua vida sexual, de falar e refletir livremente sobre sua história e sobre experiências subjetivas, sem julgamentos, pode influenciar positivamente o exercício da sexualidade.

Versão preliminar

8.2 Alterações orgânicas na transição para menopausa, menopausa e pós menopausa

As modificações orgânicas que ocorrem nessa fase não obrigatoriamente implicam na diminuição do prazer, mas podem influenciar a resposta sexual. Em outras palavras, as alterações fisiológicas que ocorrem podem limitar qualitativa e quantitativamente a resposta erótica (MONTELEONE et al., 2018). Por outro lado, os aspectos socioafetivos e psicológicos podem balancear essas limitações, qualificar e ampliar repertórios de vivências e experiências, dada a experiência multifacetada e complexa que é a sexualidade.

As alterações sistêmicas incluem sintomas vasomotores, alterações no padrão de sono e do humor. Cansaço e indisposição não são incomuns, podendo modificar a disponibilidade da mulher para procurar ou responder a estímulos eróticos (LARA et al., 2021). Na perimenopausa, e mais frequentemente após a menopausa, a lubrificação vaginal pode se tornar menos intensa e mais demorada, sendo necessário, às vezes, um maior estímulo sexual ou o uso de lubrificantes. É possível ocorrer também um adelgaçamento dos tecidos vaginais, que pode levar à dor nas relações sexuais, tornando a perspectiva do sexo com penetração de pênis, dedo, dildo, motivo de ansiedade e de falta de satisfação. As mudanças na forma de responder aos estímulos rotineiros podem entrar em conflito com os padrões habituais de resposta que a mulher estava acostumada, gerando a ideia de que algo está errado e produzindo o afastamento do contato sexual (LARA et al., 2024).

O declínio da função hormonal ovariana na menopausa determina modificações significativas nos órgãos genitais internos e externos que podem influenciar a resposta sexual. O maior efeito da deficiência estrogênica sobre a pelve é a diminuição do fluxo sanguíneo, que pode promover alterações no aparelho genital. Os pelos pubianos tornam-se escassos e podem mudar de cor, há redução de parte do tecido adiposo dos grandes lábios e retração dos pequenos lábios e do clitóris. As alterações observadas na vagina devido à diminuição dos níveis estrogênicos são, frequentemente, mais marcantes do que as da genitália externa (LARA et al., 2021).

Os sintomas clássicos relacionados com o processo de hipotrofia genital que podem ocorrer devido ao hipoestrogenismo são: ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão. A associação com sintomas urinários como disúria ou incontinência urinária é comum, num conjunto denominado **síndrome**

genitourinária. Estes sintomas podem influenciar a sexualidade especialmente na relação sexual com penetração, causando dor (dispareunia) (LARA et al., 2024).

As alterações observadas devido à diminuição dos níveis estrogênicos

Efeito sobre a pele é a diminuição do fluxo sanguíneo que pode promover alterações no aparelho genital:

As alterações observadas na vagina são, mais perceptíveis:



Fatores relacionados com a manutenção da atividade sexual influenciam diretamente o epitélio e a fisiologia do aparelho genital inferior. **O desejo sexual depende muito mais da natureza e da qualidade do relacionamento em si, do que da idade.** Os sintomas da menopausa e as respostas sexuais não são os mesmos para todas as mulheres. É necessário compreender esses fatos de forma mais global, levando em consideração a integralidade da vida (STEWART et al., 2017; GUSSO; LOPES; DIAS, 2018). A idade determina algumas mudanças fisiológicas na resposta sexual, mas estas alterações funcionais não podem ser dissociadas do contexto geral de outras funções orgânicas também modificadas pelo tempo. É o organismo como um todo que se modifica com a idade e, dentro desse contexto, a sexualidade também se transforma.

O ressecamento e a hipotrofia vaginal são causados pelo decréscimo da produção de estrogênio. Esses sintomas respondem à terapia estrogênica local ou sistêmica (LARA et al., 2021). Já em relação a outros comportamentos sexuais mais complexos, como o desejo sexual e o orgasmo, a maioria dos autores considera a influência de alguns fatores responsáveis por esses fenômenos, entre os quais

estão os psicológicos, os socioculturais, os interpessoais e os biológicos (FOUCAULT, 1979; KINSEY et al., 1953).

Mulheres e pessoas submetidas a cirurgias, como a mastectomia, a histerectomia e a ooforectomia, podem muitas vezes desenvolver um sentimento de mutilação e incompletude sexual. A presença de prolapsos genitais e incontinência urinária também podem ser situações constrangedoras, atuando sobre a sensualidade e a autoestima (LARA et al., 2021).

Mulheres que desenvolvem doenças endócrinas como diabetes mellitus, hiperprolactinemia, hipotireoidismo e disfunções adrenais podem evoluir com diminuição da libido. Estudos vêm demonstrando que doenças pulmonares relacionadas a algum grau de hipóxia induz à redução das concentrações séricas hormonais em ambos os sexos, refletindo-se sobre a função sexual. Quadros depressivos, neoplasias malignas e insuficiência cardíaca também influenciam na resposta sexual, assim como alguns medicamentos e tratamentos utilizados para essas situações (LARA et al., 2024).

Mulheres com histórico de violência sexual também podem apresentar dificuldades no exercício da sua plena sexualidade, especialmente em casos em que não foram devidamente acompanhadas por suporte psicológico. A violência contra a mulher, como um dos determinantes sociais de saúde, bem como fenômeno sistêmico e multifacetado na sociedade, perpassa a construção de gênero e a vivência de ser mulher, em maior ou menor grau, seja por sua concretização, ameaça ou medo da violência. No que tange à sexualidade, seu atravessamento pela violência pode ser invisibilizado, a partir de um processo de assujeitamento da mulher. Há que se fazer um movimento ativo de combate às violências contra a mulher, de não naturalização da violência sexual dentro de relacionamentos e, principalmente, de uma escuta qualificada, humanizada e acolhedora das mulheres, para oportunizar o acesso ao cuidado em saúde e a interrupção de ciclos de violência. (BRASIL, 2016; DANTAS-BERGER & GIFFIN, 2005).

Vale ressaltar também que consentimento é conceito essencial à vivência da sexualidade e qualquer prática sexual sem consentimento deve ser considerada violência sexual. Nesse sentido, educação e promoção em saúde perpassam perguntas cuidadosas e respeitosas que possam acolher uma mulher em situação de violência de gênero. Assim como a imposição de julgamentos morais e discurs-

sos sem embasamento técnico-científico sobre sexualidade por profissionais de saúde podem ser consideradas violências institucionais, por exemplo a imposição da heteronormatividade.

Disfunções sexuais do(a) parceiro(a) podem desencadear dificuldades sexuais na mulher. Além disso, o interesse e disponibilidade do(a) parceiro(a) são da mesma forma importantes para que a sexualidade possa continuar a ser exercida satisfatoriamente na transição menopausal, como em qualquer outra época da vida. Em muitas situações, a falta de comunicação, de compreensão e de afeto entre os casais induz à perda da cumplicidade e intimidade. Assim, o fator relacional pode comprometer o interesse e a resposta sexual (STEWART et al., 2017; GUSSO; LOPES; DIAS, 2018).

Os fatores sociais também podem contribuir para diminuir o desejo sexual. Crenças sociais como a crença no direito apenas do homem ao prazer, papéis de gênero rígidos quanto à sexualidade e objetificação da sexualidade das mulheres, pode ter um impacto negativo nas vivências da sexualidade das mulheres, não legitimando-as em uma posição autônoma e protagonista de sua sexualidade. As desigualdades de atividades relacionadas à reprodução social, com a sobrecarga de tarefas domésticas e carga mental para as mulheres, o cuidado com as pessoas idosas, a dupla jornada construída socialmente, podem provocar uma sobrecarga física e mental que afeta negativamente a vivência da menopausa e, por consequência, da sexualidade durante essa fase da vida (LOURO, 2018; MOORE, 1997).

8.3 Terapia Hormonal e sexualidade

O papel dos hormônios no tratamento de problemas sexuais possui alguns aspectos bastante controversos. É evidente o benefício da estrogênio terapia no alívio dos sintomas vasomotores e geniturinários (NAMS, 2022; MONTELEONE et al., 2018). O hipoestrogenismo pode acarretar alterações do aparelho geniturinário que, se não forem corrigidas, podem afetar a qualidade de vida da mulher na menopausa e pós-menopausa (LARA et al., 2024).

A genitália e as vias urinárias têm origem embriológica comum. Os epitélios vaginal e uretral possuem receptores de estrogênio, de maneira que ambos são comprometidos com a queda dos níveis estrogênicos e respondem à terapia hormonal (TH), por via local ou sistêmica (NAMS, 2022). O uso de estrogênios sistêmico (via oral ou transdérmico) deve ser acompanhado do uso de um progestágeno nas pacientes com útero para proteção do endométrio, e para aquelas com histórico de endometriose (ver capítulo que trata da TH sistêmica) e deve seguir as recomendações de indicações de terapia hormonal e contraindicações bem como seguimento (STEWART et al., 2017).

Já a estrogênio terapia por via vaginal está indicada nos sintomas relacionados à síndrome genitourinária da menopausa (conforme recomendação nos capítulos - ver capítulo sobre síndrome genitourinária) sem necessidade de proteção endometrial ou seguimento endometrial (NAMS, 2022; BRASIL, 2021). Está disponível no RENAME. O uso de estrogênio terapia tópica (estriol ou promestrieno) é recomendado para todas as pessoas que não apresentem contraindicações (LARA et al., 2021).

O uso da testosterona tem sido recomendado na pós-menopausa para quem apresentar distúrbio do desejo sexual hipoativo, sendo sua única indicação a partir de adequada avaliação, sempre por via tópica, observando-se os cuidados de manter os níveis séricos de testosterona dentro dos padrões fisiológicos para mulheres. O profissional deve estar atento para os sinais de virilização e com controle dos padrões metabólicos (NAMS, 2022; MONTELEONE et al., 2018). Os estudos de segurança a longo prazo ainda estão em andamento. **O uso concomitante de um estrogênio é obrigatório.**

É importante lembrar que a testosterona não afeta fatores sociais, relacionais e psicológicos associados à sexualidade. Se não houver resultados positivos após

seis meses o seu uso deve ser interrompido. Ainda que a testosterona tópica não esteja disponível no SUS, é importante que profissionais conheçam seu uso e cuidados, já que algumas pacientes recebem essa prescrição fora das Unidades Básicas de Saúde (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018).

Versão preliminar

8.4 Tratamentos não hormonais e sexualidade

Métodos não hormonais também podem ser utilizados para aliviar sintomas decorrentes da diminuição da lubrificação. Lubrificantes à base de água e hidratantes vaginais podem ser somados, ou uma alternativa à hormonioterapia local quando contraindicada ou se não houver desejo da paciente no seu uso (NAMS, 2022; BRASIL, 2021).

O aconselhamento em sexualidade pode ser realizado por qualquer profissional que esteja atento aos aspectos orgânicos, psicológicos e socioculturais da mulher na menopausa. Compreender os valores e crenças trazidos pela mulher, reconhecê-la como protagonista de sua sexualidade, acolher sem julgamentos morais, esclarecer dúvidas e fornecer informações, sempre baseadas em evidências científicas, fornecer sugestões de estratégias para aumentar o autoconhecimento, a autoestima, a autonomia e os repertórios sexuais podem melhorar a vida sexual de uma parte significativa das mulheres no climatério (FOUCAULT, 1979; LOURO, 2018; MONTELEONE *et al.*, 2018).

Grupos terapêuticos e rodas de conversa são tecnologias leves da Atenção Primária à Saúde que possuem relatos positivos de promoção de acolhimento, empoderamento, desmistificação e vínculo (OLIVEIRA *et al.*, 2024, RODRIGUES *et al.*, 2021, SILVA *et al.*, 2020).

A psicoterapia, em suas diversas abordagens, especialmente a de base cognitivo-comportamental, tem se destacado para o tratamento das disfunções sexuais femininas (APA, 2014; KINGSBERG; ALTHOF, 2009). Outras abordagens como o mindfulness também parecem ter resultados positivos (FISCHER; BORGHI, 2020). O tratamento multidisciplinar, combinando diferentes estratégias terapêuticas, encontra o maior respaldo na literatura atual (BRASIL, 2021; NAMS, 2022).

8.5 Sexualidade e Menopausa: recomendações para profissionais de saúde

“O erótico é quando o corpo se perde de si e se olha de fora sem a sua identidade. Então, o que é produzir saúde? É estimular esse erótico que é a relação da gente com a vida”. (Viviane Mosé)

A sexualidade, sob a perspectiva crítica e construcionista, não deve ser compreendida apenas como um fenômeno biológico ou instintivo. Trata-se de uma construção social, histórica e cultural, influenciada por discursos científicos, normas sociais, relações de poder e pelas vivências subjetivas de cada indivíduo. (MOORE, 1997).

Ao longo da história, diferentes sociedades produziram concepções diversas sobre o que é considerado “normal”, “saúdável” ou “desviante” em relação ao desejo, ao prazer e às identidades, o que desempenhou um papel central na normatização da sexualidade, frequentemente reforçando categorias e fronteiras rígidas entre comportamentos aceitáveis e patologizados. Inicialmente, o tema esteve profundamente enraizado em uma lógica biomédica e moralizante, tratando a sexualidade como um campo de regulação e disciplina do corpo.

A psicanálise trouxe outra camada de interpretação, ao situar a sexualidade como um elemento estruturante da subjetividade humana, mas ainda operando dentro de um quadro normativo que reforçava desigualdades de gênero e heterossexualidade compulsória. Posteriormente, pesquisas como as de Kinsey (1953) desafiaram mitos e tabus, demonstrando empiricamente a diversidade das práticas sexuais, embora sem escapar completamente de uma lógica classificatória (KINSEY et al., 1953).

A partir dos anos 1970, o ativismo LGBTIAPN+ e os estudos queer passaram a questionar a própria base das categorias sexuais, denunciando o caráter arbitrário e opressor das classificações identitárias fixas. Michel Foucault (1979), por exemplo, demonstrou como a sexualidade foi um campo privilegiado de regulação do poder, onde discursos médicos, religiosos e jurídicos definiram e impuseram normas sobre os corpos e os desejos (FOUCAULT, 1979).

Assim, a sexualidade deve ser compreendida não como uma essência, mas como um campo de disputa simbólica e política, atravessado por relações de poder e por dinâmicas sociais e culturais que variam no tempo e no espaço. **Seu signifi-**

cado não é estático, mas construído e reconstruído continuamente por meio das interações humanas, dos discursos e das instituições. Nesse sentido, a crítica construcionista desafia a ideia de uma sexualidade “natural” e convida a refletir sobre como nossas experiências e identidades sexuais são condicionadas por normas e expectativas historicamente situadas.

Levando em conta tais considerações pretendemos neste texto auxiliar profissionais de saúde a uma abordagem sobre sexualidade cuidadosa, inclusiva e empática no contexto da menopausa.

Como destacado anteriormente, a transição para a menopausa e pós-menopausa é um período da vida caracterizado pela cessação permanente da menstruação e por um conjunto de mudanças fisiológicas e psicossociais que impactam diversos aspectos da saúde, incluindo a vivência da sexualidade, a qual continua sendo uma dimensão importante da vida. No entanto, fatores socioculturais ainda impõem barreiras significativas, especialmente para as mulheres, que historicamente são pouco incentivadas a conhecer e vivenciar seu corpo com prazer ao longo da vida.

Apesar de haver uma construção social que aponta para uma diminuição das práticas sexuais durante a transição para a menopausa e pós-menopausa, a clínica e as experiências compartilhadas em espaços seguros - como consulta e rodas de conversa - há um rico e diverso espectro de experimentações nessa fase: experiências sexuais e não sexuais ampliadas, sem receios de gestação imprevista; apropriação de gostos e preferências a partir de uma trajetória de contato com o próprio corpo e amadurecimento no que se deseja a partir da relação com parcerias; revisão do entendimento sobre a própria prática sexual em relação a gênero e orientação sexual; reajustes de influências limitantes a partir da opinião de terceiros.

A dissecação do que representa a transição para a menopausa, menopausa e pós-menopausa permeia a visão social de envelhecimento e maturidade - majoritariamente associada a declínio, prejuízo, diminuição de potência de vida - em contraste como é sobrevalorizada na contemporaneidade a jovialidade - tradicionalmente associada a vigor, beleza, disposição, energia. Aqui novamente os marcadores sociais - especialmente de classe e raça - nos mostram que essa fase é menos assistida e acolhida entre mulheres negras e outros grupos não brancos. Além disso, também ficam mais limitadas as opções de cuidado quando falamos em recortes de interseccionalidade ao somar identidades de gêneros dissidentes

e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, por exemplo. Sugere-se aprofundamento no capítulo 2 “Equidade das Populações”.

Sem desconsiderar as queixas clínicas e emocionais que podem impactar a sexualidade nessa fase, é fundamental que a abordagem seja sempre individualizada, considerando as demandas específicas de cada pessoa. Essa orientação está alinhada ao Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), conforme proposto por Stewart et al. (2017). A seguir, são apresentados pontos essenciais para essa abordagem e recomenda-se a leitura do capítulo específico sobre o tema neste documento.

Explorando a saúde, a doença e a experiência com o adoecimento

Explorar a saúde e o adoecimento a partir da experiência da mulher, compreendendo como ela percebe seu corpo, seus sintomas e sua vivência do processo menopausal.

Investigar os significados atribuídos à menopausa, perimenopausa, pós-menopausa e à sexualidade nessa fase da vida, considerando valores, crenças e expectativas individuais.

Realizar anamnese, exame físico e solicitar exames complementares de forma individualizada, respeitando a singularidade de cada caso.

Aprofundar as dimensões da experiência, com atenção aos seguintes aspectos:

- Sentimentos envolvidos nesse momento da vida.
- Ideias, percepções e crenças sobre a menopausa e a sexualidade.
- Impactos na funcionalidade e na qualidade de vida.
- Expectativas em relação ao cuidado e ao acompanhamento em saúde.

A seguir exemplos de perguntas que podem favorecer uma escuta acolhedora e centrada na pessoa:

“Como você tem vivido o processo da menopausa? Quais são seus sentimentos, e pensamentos em relação a este período da vida?”

“Como está sua vivência da sexualidade atualmente?”

“Muitas mulheres relatam mudanças na sexualidade durante essa fase. Isso tem acontecido com você? Como tem percebido essas mudanças?”

Compreendendo a pessoa como um todo: aspectos contextuais e individuais

A escuta qualificada deve considerar a pessoa em sua integralidade, incluindo:

- História de vida e desenvolvimento pessoal: fases do ciclo de vida, eventos marcantes, trajetória afetiva e sexual.
- Contexto próximo: relações familiares, ambiente de trabalho, rede de apoio social.
- Contexto ampliado: influências culturais, valores da comunidade, aspectos do ecossistema em que a mulher está inserida.

Importante: não há uma vivência única ou universal da menopausa e da sexualidade. Cada pessoa vive esse processo de forma singular, mediada por experiências, valores e significados socioculturais.

Na Tabela 1, são apresentadas algumas avaliações importantes relacionadas aos fatores que podem estar associados à disfunção sexual na menopausa. E na sequência, a Tabela 2 traz os principais medicamentos que podem exercer efeitos negativos sobre a função sexual.

Tabela 1. Fatores associados a disfunção sexual na Menopausa

Categorias	Fatores/condições
Psicológicos/Emocionais	Depressão, ansiedade, estresse, baixa autoestima
Histórico de vida	Abuso físico/sexual, violência doméstica, traumas
Relacionamentos	Conflitos conjugais, falhas na comunicação
Imagem corporal	Mudanças físicas, envelhecimento, baixa autoestima
Condições clínicas	Histórico de câncer, dor/ressecamento vaginal
Sono/Fadiga	Insônia, cansaço persistente
Educação sexual	Falta de informação, tabus, repressão
Uso de substâncias	Álcool, drogas, tabaco

Tabela 2. Medicamentos que podem afetar a função sexual

Classe de medicamentos	Exemplos
Opióides (uso crônico)	Metadona
Psicotrópicos	Antipsicóticos, benzodiazepínicos, lítio, ISRS, IMAO, tricíclicos
Cardiovasculares	Betabloqueadores, clonidina, digitálicos, metildopa, espironolactona
Hormonais	Antagonistas de andrógenos, danazol, GnRH, contraceptivos, tamoxifeno
Outros	Inibidores de aromatase, quimioterápicos, AINEs, anti-H2, cetoconazol

Intensificando a relação entre a pessoa e o profissional de saúde

O fortalecimento do vínculo entre profissional de saúde e a pessoa em cuidado é essencial para uma abordagem centrada e humanizada. Alguns elementos são fundamentais nesse processo:

- **Valorização do autoconhecimento e da sabedoria prática da pessoa**, reconhecendo sua experiência de vida como fonte legítima de saber.
- **Empatia**, como ferramenta de escuta sensível e compreensão genuína da experiência do outro.
- **Acolhimento sem julgamento**, escuta clínica a partir de embasamento teórico-metodológico, não perpassado por valores morais.
- **Atenção aos fenômenos de transferência e contratransferência**, que podem influenciar de forma consciente ou inconsciente a relação terapêutica.
- Equilíbrio entre saberes, poderes e decisões no cuidado, promovendo relações horizontais.

“A consulta é um encontro clínico entre dois especialistas: o médico, especialista em diagnósticos, exames e medicamentos; e a pessoa, especialista em si mesma.” José Mauro Ceratti Lopes, médico de família e comunidade (in memoriam).

A sexualidade, como lembra Louro (2018), “*envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções... Processos profundamente culturais e plurais*”. Esse olhar remete ao princípio da integralidade do cuidado, um dos pilares do SUS.

Reconhecendo que a sexualidade é uma construção ao longo da vida, atravessada por marcadores como geração, raça/etnia, classe social, nacionalidade, religião e outros, propõe-se, para além do MCCP, seguir pontos-chave que ampliem a escuta e a abordagem sobre sexualidade na menopausa, de forma plural, respeitosa e centrada na pessoa:

- **Perguntar de forma direta e respeitosa** sobre a vivência da sexualidade, mesmo que a mulher não traga espontanea-

mente esse tema. Um momento oportuno pode ser a rotina de coleta do exame de Papanicolaou, por exemplo:

“Você tem alguma queixa ou dúvida em relação à sua sexualidade?”

- **Promova espaços educativos** que estimulem o diálogo, como rodas de conversa ou projetos em salas de espera, com linguagem acessível e sensível.
1. **Evitar pressupostos sobre identidade de gênero, orientação sexual e práticas sexuais.** Não associar automaticamente o status conjugal, idade ou uso de métodos contraceptivos à presença ou ausência de atividade sexual. A diversidade de realidades exige escuta aberta e livre de julgamentos.
 2. **Oferecer tratamento adequado para a Síndrome Genitourinária da Menopausa (SGM)**, que pode incluir atrofia vaginal, secura, dor na relação e sintomas urinários que impactam a sexualidade.
 3. **Aproveitar o momento do exame físico** para incentivar o autoconhecimento corporal. É possível, com cuidado e consentimento, oferecer um espelho para que a mulher visualize sua vulva, vagina e colo do útero, promovendo autonomia e rompendo com o distanciamento cultural do próprio corpo (Murphy, 2004). O exame pode ser realizado em qualquer maca comum, não sendo obrigatória a maca ginecológica com perneiras (Seehusen, 2006).
 4. Estar atento a marcadores de vulnerabilidade, como:
 - Baixa renda ou escolaridade;
 - Pertencimento a contextos religiosos/moralizantes;
 - Sobrecarga com cuidado de terceiros (ex: filhos, netos);
 - Histórico ou situação atual de violência de gênero;
 - Desemprego;
 - Pertencimento a grupos étnico-raciais discriminados;
 - Identidades de gênero e orientações sexuais dissidentes;
 - Polifarmácia e comorbidades clínicas.

5. Considerar o uso de medicamentos com impacto negativo na função sexual, conforme discutido anteriormente.
6. **Não reduzir a sexualidade a aspectos hormonais ou fisiológicos.** A vivência sexual envolve também cultura, afetos, identidade e história pessoal.
7. **Evitar patologizar relatos sem sofrimento.** Nem toda mudança na frequência ou desejo sexual exige intervenção. Só propor tratamento quando houver impacto na qualidade de vida ou sofrimento relatado.
8. Estimular práticas de autocuidado e abordagens integrativas, como: Alimentação equilibrada;
 - Redução do consumo de álcool, tabaco e outras drogas;
 - Atividade física regular;
 - Técnicas de relaxamento (yoga, meditação, mindfulness);
 - Autoerotismo (masturbação);
 - Uso de lubrificantes e hidratantes vaginais;
 - Diálogo aberto sobre sexo;
 - Valorização de formas não genitais de prazer e afeto. Na abordagem em grupo, privilegiar métodos participativos, como:
 - Caixa de perguntas anônimas;
 - Uso de modelos anatômicos, figuras e ilustrações;
 - Dinâmicas que estimulem escuta ativa e troca de experiências.
9. **Identificar situações de risco**, como violência sexual, doméstica ou institucional, e acolher com sigilo, escuta qualificada e encaminhamentos adequados.
10. Estimular o letramento corporal e a autonomia sexual, promovendo: Conhecimento e nomeação das partes do corpo;
 - Exploração segura do autoerotismo;
 - Comunicação assertiva com a parceria;

- Redução da sobrecarga doméstica e redistribuição da carga mental.

Nota importante:

As ações e estratégias apresentadas neste material podem ser incorporadas por todas as categorias profissionais da saúde — como enfermeiras(os), técnicas(os) de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogas(os), médicas(os), agentes comunitárias(os) de saúde, entre outras. Seja em consultas agendadas, atendimentos de demanda espontânea ou em espaços educativos, o cuidado com a saúde sexual na menopausa deve ser transversal, acolhedor e integral, respeitando a singularidade de cada mulher e seu contexto de vida.

Versão preliminar

AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO EM SAÚDE



9 Saúde Reprodutiva das Mulheres na Perimenopausa

9.1 Anticoncepção e perimenopausa

A transição para a menopausa é um período caracterizado por flutuações hormonais, marcando a transição do estado reprodutivo até o último período menstrual. Embora a fertilidade esteja progressivamente reduzida principalmente após os 35 anos, ela não está completamente ausente, o que significa que mulheres entre 35 e 55 anos continuam suscetíveis à gestação. Nesse contexto, é fundamental desmistificar a ideia, ainda bastante difundida, de que a irregularidade dos ciclos menstruais significa infertilidade total. A conscientização sobre essa possibilidade é essencial para evitar gestações não planejadas, que podem ter implicações significativas para a saúde física, emocional e social das mulheres nessa faixa etária.

A escolha de métodos contraceptivos seguros e eficazes assume especial relevância durante a perimenopausa, sobretudo entre mulheres com comorbidades, como hipertensão, diabetes ou distúrbios tromboembólicos, que podem contraindicar determinadas opções contraceptivas. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel estratégico na educação em saúde, oferecendo orientação personalizada e favorecendo decisões contraceptivas conscientes e adequadas às necessidades individuais. Além de prevenir a gravidez não planejada, essa abordagem contribui para a promoção do autocuidado e a melhoria da qualidade de vida durante a perimenopausa.

Riscos e Impactos de uma gravidez na perimenopausa

Os extremos da vida reprodutiva, como a adolescência e a perimenopausa, configuram períodos de vulnerabilidade acrescida para gestações não planejadas, muitas vezes relacionadas à baixa percepção do risco gestacional tanto por parte das mulheres quanto dos profissionais de saúde. Evidências indicam que, no Brasil, a taxa de gestação não planejada entre adolescentes de 10 a 19 anos é de 76%, enquanto entre mulheres acima de 40 anos é de 58,1%, apenas ligeiramente inferior à encontrada entre mulheres de 20 e 39 anos no estado de São Paulo, que é de 65,7% (LUDWIG, K. et al., 2020; Gallardo-Alvarado N et al, 2025).

Esses dados reforçam a necessidade de uma abordagem qualificada, especialmente na perimenopausa, quando, apesar da redução progressiva da fertilidade, o risco de concepção persiste.

Além do risco de gravidez não planejada, a gestação após os 40 anos está associada a um aumento significativo de complicações obstétricas, incluindo maior incidência de aborto espontâneo, gestação ectópica, natimortalidade e mal-formações (NYBO ANDERSEN et al., 2000; WHO, 2025). Ademais, mulheres que engravidam após essa faixa etária apresentam risco aumentado para desfechos maternos adversos, como maior mortalidade materna, eventos potencialmente fatais, hemorragia pós-parto, hipertensão induzida pela gestação e placenta prévia (LAOPAIBOON et al., 2014; ANDRADE et al, 2022). Tais evidências ressaltam a importância da oferta de contracepção segura e efetiva, com orientação adequada na Atenção Primária à Saúde, a fim de prevenir gestações não planejadas e reduzir os riscos maternos e perinatais associados.

A busca por contracepção deve ser tratada como demanda prioritária na APS, a demora no acesso aumenta o risco de gravidez não planejada, que influencia no abortamento inseguro, morbidade materna e perpetuação de desigualdades sociais. Nesse contexto, o enfermeiro é profissional estratégico, aumentando a resolutividade do cuidado, ampliando o acesso, melhorando a continuidade do acompanhamento contraceptivo e favorecendo práticas reprodutivas seguras, especialmente em populações vulnerabilizadas (STARBIRD; NORTON; MARSTON, 2016).

Avaliação clínica e escolha do método

A escolha do método contraceptivo na perimenopausa requer uma avaliação clínica abrangente, considerando aspectos fisiológicos, psicossociais, experiências prévias contraceptivas e segurança. Nessa fase, a idade acima de 40 anos, a presença de comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade e tabagismo, bem como o risco cardiovascular global, são condições clínicas determinantes na indicação ou contra-indicação de determinados métodos. Além disso, a coexistência de doenças ginecológicas, como miomas, endometriose e sangramentos anormais, ou condições que elevem o risco trombótico, como trombofilias, reforçam a necessidade de uma abordagem criteriosa. Fatores relacionados à saúde mental, como histórico de agravos, vulnerabilidades sociais e episódios de violência, também devem ser considerados, pois podem impactar tanto na escolha do método quanto na adesão e no seguimento (FSRH, 2017 revisado 2025).

A avaliação clínica deve incluir aferição de pressão arterial, dados antropométricos (peso, altura, IMC), investigação dos sintomas típicos da perimenopausa, como irregularidade menstrual, fogachos, alterações do sono e humor, além da análise do padrão menstrual atual, verificando sinais de sangramento uterino anormal ou patológicas. Ainda, exclusão de neoplasias com verificação de exames de rastreamento e mama e câncer de colo do útero, o histórico prévio de uso de métodos contraceptivos, bem como de eventos adversos associados, como trombose venosa profunda, são essenciais para orientar escolhas seguras (FSRH, 2017 revisado 2025).

A aplicação dos Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Contraceptivos, elaborados pela Organização Mundial da Saúde e adotada pelo Ministério da Saúde, bem como as diretrizes do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos, são ferramentas indispensáveis para embasar a tomada de decisão clínica, classificando os métodos conforme a segurança frente às condições individuais de saúde (WHO, 2025; CDC, 2024).

A escolha do método deve ser sempre individualizada, livre e esclarecida, reconhecendo que não há uma opção única ou ideal para todas as mulheres na perimenopausa. A abordagem centrada na pessoa, que valoriza a escuta qualificada, a autonomia e as preferências da mulher, são fundamentais para promover o uso seguro e satisfatório da contracepção, prevenindo gestações não planejadas e, simultaneamente, respeitando as necessidades específicas deste momento de transição na vida reprodutiva. **Aplicativos de celular sobre os Critérios Médicos de Elegibilidade para escolha do método contraceptivo, inclusive da WHO, que podem auxiliar no processo de avaliação de cada caso. Exemplos de aplicativo onde os profissionais de saúde podem acessar os critérios clínicos de elegibilidade para uso de métodos contraceptivos, <https://www.cdc.gov/contraception/hcp/contraceptive-guidance/app.html>**

Métodos contraceptivos na perimenopausa – riscos e benefícios

Na transição para a menopausa, a escolha do método contraceptivo deve considerar cuidadosamente o perfil de riscos metabólicos e cardiovasculares, associados ao envelhecimento e às comorbidades prevalentes nesta faixa etária. Os métodos hormonais podem ser divididos em duas categorias principais: combinados

(estrogênio + progestagênio) e de progestagênio isolado, cada um com indicações, benefícios e riscos específicos (WHO,2025; CDC,2016) e FSRH,2017 revisado 2025).

Segue na tabela abaixo condições clínicas frequentes e os critérios de elegibilidade para uso de métodos contraceptivos segundo a Classificação por categorias de elegibilidade médica:

- Categoria 1: Uso permitido sem restrições.
- Categoria 2: Vantagens superam os riscos.
- Categoria 3: Riscos geralmente superam os benefícios — uso com cautela.
- Categoria 4: Risco inaceitável — uso contraindicado.

Segurança de Métodos Contraceptivos por Condição Clínica (WHO 2025) para algumas condições comuns na APS:

Condição Clínica	CHC	POP	DIU cobre	DIU-LNG	Implante ETG	Injetável
Tabagismo >35 anos e >= 15 cigarros/dia	4	1	1	1	1	1
Hipertensão adequado controle	3	1	1	2	1	2
Hipertensão grave (>160/100 mmHg)	4	2	1	2	2	3
Enxaqueca com aura	4	2	1	2	2	2
Diabetes com complicações vasculares	3	2	1	2	2	3
IMC >30 (obesidade)	2	1	1	1	1	1
Lúpus com anticorpo	4	3	1	3	3	3

Fonte: WHO, 2025; adaptado por autores.

Métodos contraceptivos combinados (estrogênio + progestagênio)

Os contraceptivos hormonais combinados (CHC) incluem orais, injetáveis mensais, adesivos transdérmicos e anel vaginal. Entre os principais benefícios na perimenopausa destacam-se o controle do padrão menstrual, a redução do volume de sangramento e os métodos que contêm valerato de estradiol e 17 β estradiol podem amenizar os sintomas vasomotores típicos da transição para a menopausa, como fogachos e sudorese noturna (Wasiak et al, 2013; Nappi et al, 2013). Ainda, recentemente foi aprovado o estetrol (E4), um estrogênio produzido pelo fígado fetal humano, incorporado como um novo componente estrogênico em contraceptivo oral combinado (E4/drospirenona [DRSP]) que também demonstrou boa eficácia contraceptiva, com padrão de sangramento previsível e um perfil de segurança e tolerabilidade favorável. (Gerard, et al, 2022)

Contudo, o estrogênio - etinilestradiol (EE) presente nos métodos disponíveis no registro nacional de medicamentos (RENAME) pode induzir efeitos metabólicos adversos, como aumento da síntese hepática de angiotensinogênio, elevação dos fatores de coagulação, redução de anticoagulantes naturais e aumento da síntese de triglicerídeos, resultando em um estado pró-trombótico e potencial agravamento de quadros metabólicos preexistentes (DRAGOMAN et al., 2020). A combinação de EE (30 μ g) com levonorgestrel (150 μ g) apresenta menor risco tromboembólico, enquanto pílulas contendo estradiol natural parecem associar-se a risco ainda mais reduzido. (WASIAK et al, 2013; NAPPI et al, 2013; BAUER-BENFIEND et al, 2024).

Em mulheres hipertensas, a utilização de CHC eleva significativamente o risco de acidente vascular cerebral (AVC), com um incremento de até 7,6 vezes (KEMMEREN et al., 2002), sendo que, nestes casos, a interrupção do CHC pode contribuir para a melhora do controle pressórico (LUBIANCA et al., 2005; **Lidegaard AND Kreiner, 2002; Soares et al, 2024**). Assim, a partir dos 40 anos, o uso desses métodos deve ser sistematicamente reavaliado. O CHOC é contraindicado (categoria 4, segundo o UK Medical Eligibility Criteria – UKMEC) em diversas condições clínicas, incluindo: mulheres fumantes de 35 anos ou mais que consomem ≥ 15 cigarros/dia; portadoras de enxaqueca com aura; hipertensas graves; mulheres com história de doença cardiovascular, tromboembolismo venoso (TEV), mutações trombogênicas ou câncer de mama ativo. Assim, considera-se que para boa prática clínica a reavaliação do uso do EE para mulheres a partir dos 50 anos sempre deve ser reavaliado por outras opções contraceptivas (UKMEC, 2024).

Métodos contraceptivos de progestagênio isolado

Os métodos exclusivamente de progestagênios incluem pílulas de uso contínuo, implantes subdérmicos, injetáveis trimestrais e o dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU) (52mg e 19,5mg). São alternativas seguras e eficazes para mulheres na perimenopausa, especialmente para aquelas com contraindicações ao estrogênio. Diferentemente dos CHC, os métodos de progestagênio isolado não promovem alterações metabólicas significativas, sendo considerados seguros em relação ao perfil lipídico e ao risco trombótico (TEPPER et al, 2016).

O DIU – LNG 52 mg, além de atuar como método contraceptivo altamente eficaz, oferece benefícios adicionais, como o controle do sangramento uterino e a proteção do endométrio durante terapia estrogênica contínua, podendo ser utilizado em associação à terapia hormonal da perimenopausa em associação com estrogênios sistêmicos, conforme recomendação da Sociedade Internacional de Menopausa (DAVIS et al., 2023).

O uso do DIU hormonais e não hormonais são contraindicados (categoria 4) nas seguintes situações: doença inflamatória pélvica ou endocervicite não tratada, gravidez, câncer de colo uterino ou de endométrio, sangramento uterino não investigado, distorções anatômicas da cavidade endometrial (como miomas submucosos ou malformações) e, no caso do DIU hormonal, em mulheres com câncer de mama ativo (WHO; CDC).

Importante destacar que, até o momento, não há evidências suficientes para recomendar o uso de injetáveis trimestrais ou implantes subdérmicos de progestagênio na perimenopausa para proteção endometrial, dada a ausência de estudos específicos que avaliem a segurança e a eficácia desses métodos nessa população. Entretanto, dado a alta eficácia mostrada em mulheres jovens é de se esperar resultados similares (CONTESCU et al; 2022). A drospirenona 4 mg também pode ser considerada nesse contexto, sem estudos de proteção do endométrio que é utilizada para anticoncepção. (FSRH, 2017 revisado 2024).

Assim, a escolha do método contraceptivo na perimenopausa deve ser sempre individualizada, considerando o risco-benefício, as preferências da mulher, o contexto clínico e o uso de instrumentos normativos como os Critérios de Elegibilidade Médica para Uso de Contraceptivos (WHO, 2025) e as diretrizes do CDC e FSRH, 2017 revisado 2024.

Métodos não hormonais:

Os métodos contraceptivos não hormonais constituem alternativas importantes, especialmente para mulheres que apresentam contraindicações ao uso de hormônios ou preferem evitar exposições hormonais.

O dispositivo intrauterino (DIU) com cobre é um método altamente eficaz e de longa duração, não interferindo no eixo hormonal. É um método disponível na RENAME, não apresenta interação medicamentosa, pode ser utilizado no pós-parto e durante a amamentação, não interfere no desejo sexual e pode ser oferecido como método eficaz sem restrição de uso na idade. Entretanto, seu uso pode estar associado ao agravamento do padrão de sangramento uterino e dismenorréia, o que pode ser um fator limitante na perimenopausa, período já caracterizado por alterações menstruais frequentes. (FSRH, 2017 revisado 2024).

Os preservativos (masculinos ou femininos) são métodos de barreira amplamente disponíveis e de fácil utilização, oferecendo a vantagem adicional da proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Relatórios da OMS indicam que mulheres com mais de 45 anos podem subestimar o risco de ISTs, especialmente após mudanças no estado conjugal (divórcio, viuvez) e início de novos relacionamentos sem uso de preservativos. A redução da lubrificação vaginal e alterações na mucosa, comuns na perimenopausa, também favorecem a **maior suscetibilidade às ISTs**, como clamídia, gonorreia, HPV e HIV. Contudo, a OMS não publica dados globais segmentados exclusivamente para a perimenopausa. Dados epidemiológicos do **CDC - Centers for Disease Control and Prevention (EUA)** mostram aumento significativo de ISTs, especialmente de sífilis e gonorreia, em **mulheres acima de 40 anos**, embora a maior carga permaneça entre jovens adultos (15-24 anos). O *CDC Sexually Transmitted Disease Surveillance Report* de 2023 revelou aumento proporcional de ISTs em faixas etárias mais altas, sugerindo a necessidade de reforço das ações de prevenção nessa população (VILELA et al 2020).

Os métodos de barreira apresentam uma taxa de falha contraceptiva relativamente maior em comparação a outros métodos, especialmente quando não utilizados de forma consistente e correta (BRASIL 2022, WHO, 2025).

A esterilização cirúrgica, por meio de laqueadura tubária, representa uma opção definitiva para mulheres que não desejam mais gestar. Embora seja um procedimento seguro, a decisão deve ser cuidadosamente avaliada, respeitando

os critérios legais e éticos, além das orientações clínicas vigentes (WHO,2025) e as diretrizes do ministério da saúde (<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.443-de-2-de-setembro-de-2022-426936016> e <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-405-de-8-de-maio-de-2023-482455942>).

Assim, a escolha do método não hormonal na perimenopausa deve considerar fatores como eficácia, segurança, efeitos colaterais e as preferências individuais da mulher.

Até Quando Manter a Anticoncepção?

Risco de gravidez existe até 12 meses após o último período menstrual se ocorrer ≥ 50 anos ou manter pelo menos 24 meses se ocorrer abaixo de 50 anos.

Recomenda-se manter contracepção até:

- 1 ano sem menstruação (≥ 50 anos)
- 2 anos sem menstruação (< 50 anos)

Dosagem de FSH não é confiável enquanto ainda há uso de método contraceptivo hormonal contínuo e combinado. Não deve ser solicitado de rotina, somente se a paciente tem desejo de suspender o método contraceptivo.

Abordagem segura: manter o método até idade de segurança de 55 anos (FSRH,2017 revisado 2024) ou confirmar a pós-menopausa laboratorialmente **com repetição do FSH na pausa do método contraceptivo combinado e repetir nova dosagem em 90 dias.**

Lembretes Contracepção

- Transição direta de métodos hormonais para terapia hormonal quando indicado.
- DIU com levonorgestrel de 52mg pode ser mantido como componente progestagênico da TH combinada (proteção endometrial) e anticoncepção desde que esteja com validade de 5 anos

- Importância do planejamento e continuidade do cuidado.
- Mulheres em uso de terapia hormonal combinada devem ser aconselhadas a não utilizar como método contraceptivo.
- As mulheres que fazem TH e não desejam engravidar devem continuar a usar contracepção até os 55 anos de idade, ou podem parar antes se desejarem interrupção, nestes casos pode-se aferir o FSH sérico medido em duas ocasiões com diferença de 90 dias, a fim de confirmar a menopausa.

Considerações Finais

A perimenopausa demanda uma avaliação criteriosa e a oferta de contracepção segura até que a fertilidade esteja plenamente encerrada. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce um papel central no acompanhamento longitudinal, na prevenção de gestações não planejadas ou de risco e na coordenação do cuidado reprodutivo, promovendo educação em saúde para fortalecer a tomada de decisão informada.

O acompanhamento regular permite a atualização do plano contraceptivo conforme o envelhecimento e as mudanças no perfil de risco, como o surgimento de comorbidades. Além disso, a APS é central na promoção da autonomia reprodutiva, apoiando decisões informadas e favorecendo um envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

Um diálogo sensível, qualificado e baseado em informações atualizadas entre profissional e usuária é fundamental para garantir escolhas contraceptivas seguras, eficazes e personalizadas, respeitando as necessidades e expectativas de cada mulher neste período de transição.

9.2 Gravidez na Transição para a Menopausa

A gravidez na transição para a menopausa é um evento cada vez mais observado em decorrência do adiamento da maternidade. Nos Estados Unidos, entre 1970 e 2006, a taxa de gestação após os 35 anos aumentou mais de oito vezes, apesar da queda global da fecundidade no mesmo período (Andersen et al., 2000). No Brasil, no ano de 2012, 11,3% dos nascidos vivos foram de mães com idade de 35 anos ou mais, sendo que houve um aumento gradativo deste percentual ao longo dos anos, chegando a 17,9% em 2023 (Observatório Obstétrico Brasileiro – Painel de Vigilância da Saúde Materna e Perinatal).

Nesse sentido, todo o sistema de saúde deve se preparar para a atenção adequada e qualificada para estas mulheres. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o acompanhamento dessas gestações deve ser conduzido com cuidado ampliado, considerando-se que com o aumento da idade materna há **aumento do risco de complicações maternas e fetais na gravidez**. Por outro lado, é importante ressaltar que isso não significa que toda gestação acima de 40 anos deva ser, *a priori*, atendida em ambulatórios especializados ou centros terciários. Essas mulheres necessitam de **maior vigilância clínica**, mas só devem ser referenciadas à ambulatórios de alto risco se forem identificadas doenças prévias à gestação ou intercorrências clínicas ou obstétricas no seguimento pré-natal, que assim o justifiquem.

Avaliação do risco de complicações maternas e fetais Doenças Maternas Pré-existentes

Na primeira consulta de pré-natal, uma anamnese cuidadosa poderá identificar doenças pré-existentes. Mulheres na transição para a menopausa (acima de 40 anos) apresentam maior prevalência de **doenças crônicas** que podem interferir na evolução gestacional, como: diabetes mellitus tipo 1 e 2, hipertensão arterial, doenças autoimunes, doenças renais, obesidade e neoplasias. Embora os riscos absolutos sejam relativamente baixos, a **gravidade da morbidade e a possibilidade de mortalidade** permanecem preocupações importantes. Em mulheres com **45 anos ou mais**, as gestações representaram apenas 0,19% de todas as gestações, mas foram responsáveis por **até 2% dos óbitos ou eventos cardíacos graves** nos Estados Unidos da América. Nota-se que o risco relativo de infarto do miocárdio no momento do parto é de 4,05 (IC 95% 3,29 -4,98) em mulheres com 35 a 44 anos

de idade e de 21,38 (IC95% 11,46-39,88) quando a idade materna é igual ou superior a 45 anos. (Sauer, M, 2015)

A presença dessas condições, diagnosticadas previamente à gravidez ou na primeira consulta de pré-natal caracterizam **gestação de alto risco** materno e fetal e implica no encaminhamento para seguimento especializado em Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR).

Hipertensão Arterial

A prevalência de hipertensão aumenta com a idade. A pesquisa VIGITEL apontou que a prevalência de hipertensão aumenta de acordo com a idade e é maior entre as mulheres que entre os homens (Ministério da Saúde - VIGITEL, 2023)

- 35 a 44 anos: 19,0%
- 45 a 54 anos: 34,7%
- 55 a 64 anos: 50,1%

Durante a gestação, cerca de 30% das mulheres hipertensas podem desenvolver pré-eclâmpsia superajuntada. Essas condições exigem vigilância rigorosa e controle pressórico adequado para prevenção de complicações maternas e fetais.

Diabetes Mellitus e Gestação

O risco de diabetes também aumenta com o avançar da idade materna. Dados do VIGITEL Brasil, 2023 mostram a prevalência de diagnóstico médico de diabetes na população do Brasil (capitais e DF):

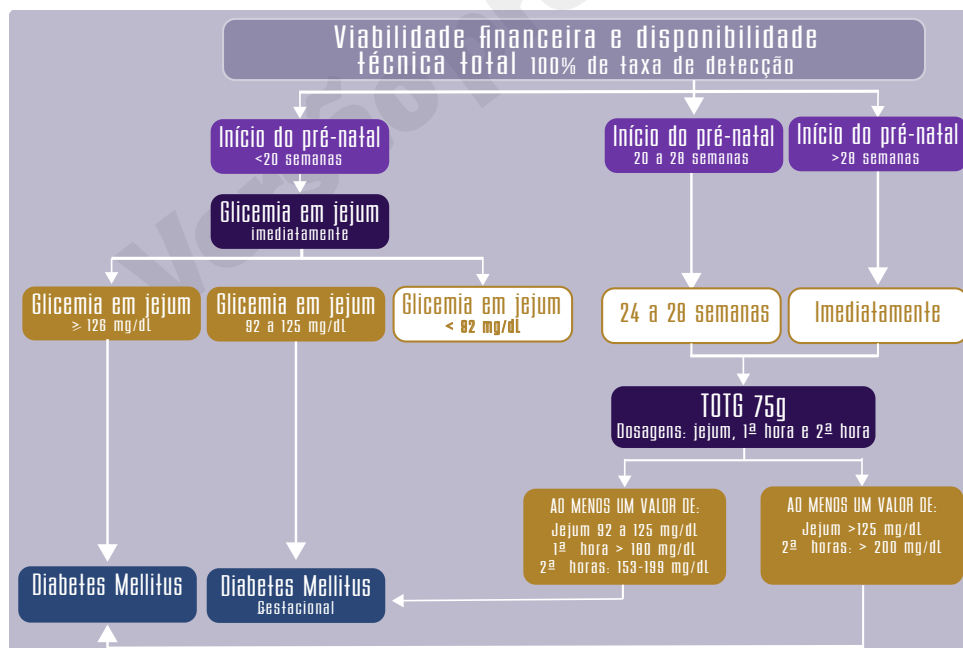
- Idade 35 a 44 anos: 5,5%
- Idade 45 a 54 anos: **10,4%.**
- Idade 55 a 64 anos: **22,4%.**
- Assim, durante a gestação há necessidade de realizar o rastreamento para a hiperglicemia na gestação pode ocorrer na forma de diabetes diagnosticado antes da gestação,

diabetes diagnosticada no início da gestação ou diabetes mellitus gestacional (DMG).

O diagnóstico de diabetes na gestação é firmado quando a glicemia de jejum, realizada antes de 20 semanas de gestação é maior ou igual a 126 mg/dL ou quando a glicemia duas horas após sobrecarga de glicose de TOTG75g (teste oral de tolerância à glicose) é maior ou igual a 200 mg/dL (OPAS et al, 2016).

Já o diagnóstico de **diabetes gestacional ocorre quando a glicemia de jejum** antes de 20 semanas ou no TOTG 75g tem resultado entre 92 e 125 mg/dL ou as glicemias uma e duas horas após sobrecarga de glicose de 75g (TOTG 75g) é maior ou igual a 180mg/dL e/ou 153 mg/dL respectivamente (OPAS et al, 2016).

Figura 1. Diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, e diabetes mellitus, durante a gestação.



Fonte: OPAS et al., 2016. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil, 2016.

Após o parto, recomenda-se repetir o TOTG de 75 g para rastrear intolerância à glicose ou diabetes mellitus, uma vez que o principal fator de risco para desenvolver DM tipo 2 é ter apresentado DMG. Este risco aumenta com a idade materna. A gestação deve ser considerada uma janela de oportunidade para mudanças no estilo de vida, incluindo alimentação saudável, controle de peso e prática regular de atividade física. (OPAS et al, 2016)

Riscos Obstétricos Associados à Idade Materna

O risco de várias intercorrências obstétricas aumenta progressivamente com a idade materna. Estudos mostram que, entre 20 e 30 anos, tais eventos são menos frequentes, mas começam a aumentar após os 30 anos.

Abortamento espontâneo: ocorre mais comumente entre a 6^a e a 14^a semana de gestação e quando precoce relaciona-se à ocorrência de anormalidades cromossômicas. (Andersen et al., 2000)

- 30–34 anos: risco de 15%
- 35–39 anos: 25%
- 40–44 anos: 51%
- ≥45 anos: até 93%

Gestação ectópica: em mulheres com mais de 40 anos estima-se que a prevalência de gestações ectópicas seja de cerca de 5%. Os fatores predisponentes incluem infecções pélvicas prévias, danos tubários e procedimentos de reprodução assistida. Na presença destes fatores predisponentes, recomenda-se ultrassonografia transvaginal precoce (6^a a 7^a semana) para descartar gestação ectópica, especialmente quando há antecedente gravidez ectópica anterior. A ultrassonografia realizada nesta idade gestacional permite o diagnóstico da gestação ectópica antes que ela se rompa, possibilitando a adoção de terapêuticas conservadoras e/ou redução do risco de morte materna para estas mulheres.

Cromossomopatias: O aumento da idade materna está associado à maior incidência de trissomias, especialmente as síndromes de Down (T21), Edwards (T18) e Patau (T13). A **translucência nugal**, realizada idealmente por volta de 11 semanas de gestação, é um exame útil para a estimativa do risco de trissomias,

devendo ser o risco ajustado de acordo com a idade materna. Outra opção que tem se tornado comum é a análise do DNA fetal livre no sangue materno. Observa-se, porém, que estes são exames de rastreamento, e não implicam em diagnóstico. O **diagnóstico definitivo** requer procedimentos invasivos, como biópsia de vilos coriônicos ou amniocentese.

Malformações estruturais: há discreto aumento de malformações estruturais em gestações de mulheres com mais de 40 anos, estimado em 2,9%. Recomenda-se a realização do ultrassom morfológico entre 18 e 24 semanas, complementando a avaliação precoce com a translucência nuchal.

Parto prematuro: O risco de parto prematuro aumenta após os 34 anos (5,7%) e torna-se mais expressivo acima dos 40 anos (6,3%), geralmente associado à presença de comorbidades maternas (*Fuchs et al.*, 2018).

Óbito fetal: O risco de óbito fetal também cresce com a idade, alcançando 1,5 a 2,5 por mil gestações em mulheres com mais de 40 anos, especialmente após 41 semanas (*Fuchs et al.*, 2018).

Mortalidade materna eleva-se de forma significativa a partir dos 35 anos. Nos Estados Unidos da América, estudo retrospectivo de base populacional no período de 2000 a 2019, observa-se que com o avançar da idade materna há aumento do risco de morte materna sendo este estimado segundo a idade de OR 1.60 (IC95% 1.53–1.67) em mulheres de 35–39; OR 3,78 (IC95% 3,60–3,99) em mulheres de 40–44 anos; OR 28,49, (IC95% 26,49–30,65) em mulheres de 45–49 anos e OR 343,50 (IC 95% 319,44–369,37) em mulheres com 50 a 54 anos de idade quando comparados a mulheres com 20 a 25 anos de idade (Huang et al., 2025)

No Brasil, a razão de mortalidade materna no ano de 2023 foi de 131 por 100.000 nascidos vivos entre mulheres com 40 anos ou mais e 44 por 100.000 em mulheres com 20-29 anos, reforçando a necessidade de atenção redobrada às condições clínicas prévias e complicações gestacionais nessa população. (Ministério da Saúde, 2025)

Considerações para a Atenção Primária no acolhimento da gestante após os 45 anos.

O cuidado à gestante na transição menopausal deve priorizar:

- Identificação precoce de comorbidades e fatores de risco;
- Início precoce do pré-natal;
- Vinculação da gestante ao serviço de assistência e encaminhamento a rede especializada baseada nos protocolos da Rede Alyne e do Ministério da Saúde
- Ações de Planejamento reprodutivo e aconselhamento contraceptivo no pós-parto;
- Rastreamento adequado de anomalias fetais;
- Orientação sobre riscos futuros, como desenvolvimento de diabetes tipo 2 ou hipertensão crônica em mulheres que apresentaram DMG ou pré-eclâmpsia;
- Acompanhamento nutricional e estímulo à atividade física.

Em suma, a gestação nessa faixa etária deve ser vista como uma oportunidade de intervenção preventiva e promoção da saúde integral da mulher, porém é necessária atenção quanto aos riscos maternos e fetais associados à estas gestações.

AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO EM SAÚDE



10 Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids

Este capítulo aborda os principais aspectos da atenção à saúde de mulheres na perimenopausa, menopausa e pós-menopausa no contexto das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e da infecção pelo HIV. Com base nos princípios da atenção integral, equânime e centrada na usuária, são discutidas estratégias clínicas, preventivas e intersetoriais, considerando os determinantes sociais, a diversidade e o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

A construção de planos terapêuticos deve considerar os diferentes marcadores de desigualdade que afetam o acesso à saúde e a permanência no cuidado. Mulheres indígenas, com deficiência, privadas de liberdade, vivendo em situação de rua ou em contextos migratórios enfrentam barreiras estruturais adicionais, que devem ser abordadas com estratégias intersetoriais, acolhimento qualificado e respeito à diversidade.

Infecções sexualmente transmissíveis

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) representam um conjunto de agravos de alta incidência global, com potencial para causar consequências graves à saúde individual e coletiva, como infertilidade, infecções congênitas, aumento do risco de infecção por HIV e até óbito. As IST são infecções causadas por vírus, bactérias e outros microorganismos que são transmitidas principalmente por meio de contato sexual, dentre estes existe a sífilis, a infecção por clamídia e gonococo, a herpes genital, o HPV, as hepatites virais B e C, o HTLV, e HIV, entre outros.

Embora tenham apresentado queda após a introdução de antibióticos no século XX, nas últimas décadas houve recrudescimento das taxas, inclusive em países desenvolvidos, com destaque para o aumento de casos de sífilis, e emergência de cepas de gonococo resistentes.

Em mulheres, cerca de 75% das IST podem ser assintomáticas ou apresentar sintomas discretos, dificultando o diagnóstico precoce e aumentando o risco de complicações, como ocorre nas cervicites causadas por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Esse cenário se agrava em mulheres na perimenopausa, menopausa e pós-menopausa, fases marcadas por alterações hormonais e anatómicas que comprometem a proteção natural da mucosa vaginal (BRASIL, 2024).

A queda nos níveis de estrogênio leva à atrofia urogenital, menor elasticidade vaginal, redução da lubrificação e maior fragilidade da mucosa, o que aumenta a suscetibilidade a microtraumas durante o ato sexual. Essas alterações favorecem a entrada de patógenos como *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, HIV e HPV (HILL *et al.*, 2020). Além disso, sintomas como secura vaginal, dor e desconforto podem inibir a busca por atendimento médico, retardando o diagnóstico e o tratamento das IST.

Estudos mostram que cerca de 20% das mulheres sexualmente ativas acima de 50 anos não utilizam preservativos regularmente (CDC, 2021), muitas vezes por acreditarem que não estão mais em risco e por não precisarem de contracepção. Essa percepção equivocada demanda ações educativas específicas e uma escuta ativa e respeitosa dos profissionais de saúde.

Particularidades das mulheres na perimenopausa, menopausa e pós-menopausa no contexto das IST:

- Alterações hormonais: a diminuição do estrogênio leva à atrofia vaginal, reduz lubrificação e aumenta a fragilidade da mucosa, favorecendo a transmissão de IST, incluindo o HIV (WASNIK, 2023).
- Fatores socioculturais: mulheres acima de 50 anos muitas vezes não se percebem em risco de IST, principalmente em relacionamentos considerados estáveis. Enfrentam, ainda, dificuldades na negociação do uso de preservativos e barreiras no acesso aos serviços de saúde (UNAIDS, 2022).
- Diagnósticos tardios: por falta de rastreamento regular, muitas mulheres são diagnosticadas em fases avançadas da infecção pelo HIV e outras IST como sífilis e hepatites virais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).
- Estigmatização: mulheres mais velhas são frequentemente invisibilizadas nas campanhas de prevenção e enfrentam preconceitos que dificultam o acolhimento e a adesão ao cuidado.

Além das questões clínicas, é essencial considerar os determinantes sociais e culturais da saúde. Mulheres negras, por exemplo, podem enfrentar barreiras de acesso, preconceito racial e institucional e menor acesso à informação sobre IST. A abordagem deve reconhecer os múltiplos marcadores de vulnerabilidade,

incluindo, além de raça/cor, condição socioeconômica, orientação sexual e identidade de gênero, considerando os desafios enfrentados por mulheres negras, indígenas, em situação de rua, profissionais do sexo ou privadas de liberdade. A atuação dos profissionais de saúde deve incorporar comunicação qualificada, reconhecimento da diversidade, valorização dos saberes locais e atuação ética.

A abordagem clínica deve seguir os princípios da prevenção quaternária, evitando intervenções desnecessárias e práticas que contribuam para o sobrediagnóstico. A conduta baseada somente na impressão clínica não é recomendada, devido sua baixa sensibilidade e especificidade. Então, sempre que possível, devem ser utilizados exames complementares para verificar etiologia dos sinais e sintomas com suspeição para diagnóstico de IST.

Importante pontuar que o tratamento não deve ser postergado até resultados de exames, mas se sugere organizar o serviço para coletas prévias à instituição de medicações, tanto por questão de vigilância e monitoramento, como para auxiliar condutas posteriores em caso de não resposta à primeira opção de tratamento. Além disso, é muito importante a testagem e tratamento de parcerias sexuais para quebra da cadeia de transmissão, e também abordar as IST quando existe exposições de risco e violência sexual, oferecendo testagem e medicações, se necessário.

Quadro 1 – Principais IST, agentes etiológicos, tipo, transmissão e curabilidade

Síndrome em IST	Infecção	Agente Etiológico	Tipo	Curável	
Úlcera	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	Bactéria	Sim	Sim
	Cancro mole	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Bactéria	Sim	Sim
	Herpes	<i>herpes simplex vírus</i>	Vírus	Sim	Não
	novanose	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Bactéria	Sim	Sim
	Linfogranuloma	<i>Chlamydia trachomatis</i> (sorovars L1, L2 e L3)	Bactéria	Sim	Sim
	Vaginose bacteriana	Múltiplos	Bactéria	Não	Sim
	Candidíase vulvovagina	<i>Candida albicans</i>	fungo	Não	Sim
	Gonorreia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Bactéria	Sim	Sim
	Infecção por clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i> (sorovars D ao K)	Bactéria	Sim	Sim
	Tricomoníase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Protozoário	Sim	Sim
Verruga	Infecção por micoplasma	<i>Mycoplasma genitalium</i>	Bactéria	Sim	Sim
	Condiloma acuminado	<i>Papilomavirus humano</i> (HPV)	Vírus	Sim	Não

Quadro 1 – Principais IST, agentes etiológicos, tipo, transmissão e curabilidade

Síndrome em IST	Infecção	Agente Etiológico	Tipo	Sim	Curável
Úlcera	Sífilis	Treponema pallidum	Bactéria	Sim	Sim
	Cancro mole	Haemophilus ducreyi	Bactéria	Sim	Sim
	Herpes	Herpes simplex vírus	Vírus	Sim	Não
	Donovanose	Klebsiella granulomatis	Bactéria	Sim	Sim
	Linfogranuloma	Chlamydia trachomatis (sorovars L1, L2 e L3)	Bactéria	Sim	Sim
	Vaginose bacteriana	Múltiplos	Bactéria	Não	Sim
	Candidíase vulvovaginal	Candida albicans	Fungo	Não	Sim
	Gonorreia	Neisseria gonorrhoeae	Bactéria	Sim	Sim
	Infecção por clamídia	Chlamydia trachomatis (sorovars D ao K)	Bactéria	Sim	Sim
	Tricomoníase	Trichomonas vaginalis	Protozoário	Sim	Sim
	Infecção por micoplasma	Mycoplasma genitalium	Bactéria	Sim	Sim

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel fundamental na coordenação do cuidado, detecção precoce de IST e HIV, e no acompanhamento longitudinal das mulheres na transição para menopausa e pós menopausa.

Importante que os profissionais de saúde reconheçam que o estigma que recai sobre a atividade sexual no envelhecimento, especialmente em mulheres, pode impactar na capacidade de oferecer cuidado em saúde sexual. Construções socioculturais associam velhice feminina à perda de desejo, o que leva ao silêncio das mulheres e a hesitação na busca por atendimento (LINDAU *et al.*, 2007). A consequência direta é que frequentemente os profissionais deixam de investigar atividade sexual, práticas, prevenção e vulnerabilidades, o que pode contribuir para maior risco de IST e diagnósticos tardios (WHO, 2015).

Unidades básicas devem estar preparadas para ofertar acolhimento qualificado, testagem rápida, tratamento, e para realizar a vigilância ativa de populações de difícil acesso, como mulheres em situação de rua, privadas de liberdade, migrantes, com deficiência ou em vulnerabilidade social. Estratégias como consultas de enfermagem, busca ativa, ações extramuros e parcerias intersetoriais são essenciais para garantir o cuidado integral e equânime.

As estratégias de cuidado devem incluir:

- **Campanhas educativas direcionadas**
- Promover educação em saúde sexual para mulheres na Transição para menopausa e pós menopausa, combatendo tabus e promovendo autonomia;
- Abordar os tabus relacionados à sexualidade e envelhecimento com linguagem acessível, acolhedora e não moralista.
- Sensibilizar sobre riscos reais e atuais da infecção por HIV e outras IST após os 50 anos, promovendo uso consistente de preservativos, mesmo após a menopausa;
- Atentar à diversidade étnico-racial e de identidade de gênero, respeitando singularidades e enfrentando desigualdades.

- **Integração da testagem nas consultas de rotina e nas consultas de planejamento reprodutivo na perimenopausa**
- Rastreamento periódico para IST, especialmente sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C;
- Oferecer o teste rápido de sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C durante exames ginecológicos, nas ações de prevenção de câncer do colo do útero e de mama e nas consultas de saúde da mulher.

Versão preliminar

Quadro 2 – Rastreamento de IST Recomenda-se a consulta ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST (PCDT-IST)

QUEM	QUANDO			
	HIV	SÍFILIS	Clamídia e gonococo	Hepatites B e C
Profissionais do sexo	Semestral	-	-	Semestral a anual
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST	-	No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico	-	-	-
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico	-	-	-
PVHA	-	Semestral	No momento do diagnóstico	Semestral a anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	-	Semestral	-	Semestral a anual
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	-	Semestral a anual
Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição	-	Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)	Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Legenda:

HSH – homens que fazem sexo com homens;

PVHA - Pessoa Vivendo com HIV/AIDS

PVHIV – pessoas vivendo com HIV;

PrEP – profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV;

PEP – profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. a HIV: preferencialmente com teste rápido – TR. b Sífilis: preferencialmente com TR para sífilis. c Clamídia e gonococo: detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular. Pesquisa de acordo com a prática sexual: urina (uretral), amostras endocervicais, secreção genital. Para amostras extragenitais (anais e faríngeas), utilizar testes com validação para tais sítios de coleta. d Hepatite B: preferencialmente com teste rápido. Realizar o rastreamento em indivíduos suscetíveis à hepatite B. Pessoa susceptível é aquela que possui HbsAg (TR ou imunoensaio laboratorial) não reagente e que não possui registro de esquema vacinal completo com 3 doses aplicadas adequadamente, ou, se indicada avaliação de soroconversão, não apresentou soroconversão para anti-HBs após dois esquemas vacinais completos (não respondedores). Recomenda-se vacinar toda pessoa suscetível. Para mais informações sobre grupos que necessitam esquemas especiais de vacinação (ex.: PVHIV), consultar o PCDT para Hepatite B e Coinfecções. e Hepatite C: preferencialmente com TR. f Caso a gestante não tenha realizado rastreio no pré-natal, proceder à testagem rápida para hepatite B no momento do parto. A vacina para hepatite B é segura durante a gestação em qualquer idade gestacional, e as mulheres suscetíveis devem ser vacinadas. g Em caso de HbsAg (TR ou imunoensaio laboratorial) não reagente em indivíduos suscetíveis, iniciar ou completar o esquema vacinal para hepatite B e avaliar a indicação de IGHAHB. O anti-HBs deve ser realizado preferencialmente 1 a 2 meses após a última dose da vacina (ou em até 6 meses) e, nos casos em que a IGHAHB foi aplicada, pelo menos 6 meses após a última dose de IGHAHB. Resultados positivos para HbsAg devem ser conduzidos conforme orientações do PCDT para Hepatite B e Coinfecções.

Recomenda-se a consulta ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST (PCDT-IST)

Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids)

Desde 2013, com a partir da publicação da Portaria N.º 29, o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças normatizou a tes-

tagem para o HIV em território nacional. Nessa portaria, são apresentados algoritmos que permitem o diagnóstico seguro da infecção, atualizados posteriormente no Manual Técnico para o Diagnóstico da infecção pelo HIV - 2018. Dentre os algoritmos recomendados, existem aqueles baseados na utilização de testes rápidos, que são imunoensaios simples e podem ser realizados em até 30 minutos. Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de TR, o diagnóstico do HIV foi ampliado, podendo ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais.

Para mais informações sobre o diagnóstico da infecção pelo HIV, consultar o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, em https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV envolve diversas fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica e da carga viral plasmática do indivíduo. A primeira fase da infecção (infecção aguda) é o período do surgimento de sinais e sintomas inespecíficos da doença, que ocorrem entre a primeira e a terceira semana após a infecção. A fase seguinte pode durar anos, comprometendo progressivamente o sistema imunológico, aumentando a vulnerabilidade a infecções oportunistas e certas neoplasias. O aparecimento de coinfeções e infecções oportunistas como tuberculose, toxoplasmose cerebral, meningite criptocócica e algumas neoplasias, como linfomas não Hodgkin e sarcoma de Kaposi, define a síndrome da imunodeficiência adquirida – Aids.

Antes do advento da terapia antirretroviral combinada (Tarv), a infecção pelo HIV estava associada à alta letalidade. A partir do final da década de 1990, com a introdução da Tarv, o cenário mudou radicalmente: a infecção passou a ser uma doença controlável, houve significativa redução da morbimortalidade e, consequentemente, o aumento da sobrevida das pessoas vivendo com HIV.

Com isso, observa-se o envelhecimento progressivo dessa população, trazendo à tona novos desafios clínicos. Fatores próprios da infecção pelo HIV e o uso prolongado da Tarv, associado ao processo natural de envelhecimento, estão relacionados a um risco aumentado de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doença cardiovascular, diabetes tipo 2, osteoporose, comprometimento renal e hepático, entre outros (LONGEV, 2022). Para as mulheres, acrescen-

ta-se ao envelhecimento aspectos biopsicossociais, alterações no metabolismo ósseo, lipídico e glicêmico, impactos na saúde mental e na vivência da sexualidade.

Mulheres vivendo com HIV ou aids (MVHA)

Entre 1980 e junho de 2023, foram notificados 392.586 casos de Aids em mulheres no Brasil. A faixa etária de 40 a 44 anos apresentou a maior taxa de detecção em 2023 (19,6 casos por 100 mil habitantes), embora tenha havido redução em relação a 2013 (30,7 casos por 100 mil). Por outro lado, no Boletim Epidemiológico de HIV e Aids de 2023 observou-se aumento proporcional dos casos em mulheres com 50 anos ou mais, que representavam 12,8% dos casos em 2013 e passaram a 21,1% em 2023. Em 2025, o Painel de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids contabilizou cerca de 198.000 mulheres com idade superior a 40 anos em uso de Tarv no Brasil (Painel integrado de monitoramento do cuidado do HIV e da aids /2025 <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento/painel-integrado-de-monitoramento-do-cuidado-do-hiv>).

As mulheres vivendo com HIV ou aids (MVHA) enfrentam questões particulares relacionadas à menopausa, como alta prevalência de sintomas, maior gravidade, impacto desses sintomas no engajamento no tratamento do HIV e o aumento do risco de comorbidades como resultado dos efeitos sinérgicos da depleção de estrogênio e do HIV (Tariq, 2025; MADANHIRE et al., 2023). Além disso, muitas vezes os sintomas da menopausa são subvalorizados ou confundidos com efeitos colaterais da Tarv, dificultando o diagnóstico e o tratamento adequado.

É fundamental que o cuidado à MVHA seja integrado, multidisciplinar e sensível às especificidades do envelhecimento feminino. Isso envolve o rastreamento de doenças crônicas, suporte à saúde mental, atenção à saúde óssea, avaliação da função cardiovascular, acesso a terapias de reposição hormonal, quando indicadas, atenção a efeitos colaterais das Tarv e interações medicamentosas com medicamentos de uso contínuo.

Efeitos adversos dos ARV e cuidados relacionados

O uso dos ARV em mulheres na perimenopausa, menopausa e pós-menopausa requerem atenção especial, considerando que efeitos colaterais das medicações interagem com alterações hormonais e metabólicas típicas do climatério, exigindo vigilância clínica e, por vezes, ajustes terapêuticos.

O HIV, a Tarv e o climatério interagem para aumentar o risco metabólico e cardiovascular em pessoas que vivem com o vírus. As alterações metabólicas induzidas pela Tarv incluem a dislipidemia, caracterizada pela elevação do colesterol total e LDL-c, e a redução do HDL-c, sendo mais notável com inibidores de protease (IP). A resistência à insulina era um problema comum com IP mais antigos, aumentando o risco de diabetes, embora seja menos frequente com IP modernos como Atazanavir e Darunavir. Além disso, o uso de Abacavir e IP mais antigos tem sido associado a um elevado risco cardiovascular. A lipodistrofia, uma redistribuição anormal da gordura corporal, também está ligada ao uso de medicamentos como a Zidovudina e impacta negativamente a autoestima, a saúde cardiovascular e a adesão ao tratamento (SCOFIELD et al., 2024; TARIQ, 2025; CAXIAS et al., 2024).

Paralelamente, às alterações metabólicas do climatério (queda de estrogênio) contribuem para o risco cardiovascular, promovendo a redução do HDL, a elevação do LDL, o aumento da rigidez arterial e a inflamação vascular. O ganho de peso e a redistribuição da gordura abdominal são frequentes nessa fase, o que intensifica a síndrome metabólica e o risco de diabetes tipo 2. Por fim, fatores relacionados à própria infecção pelo HIV, como histórico de doença avançada, baixo nadir de CD4+ e início tardio da Tarv, somam-se a esses elementos como fatores de risco cardiovascular (TARIQ, 2025).

A soma de fatores relacionados à infecção pelo HIV, ao uso de alguns antirretrovirais e às possíveis alterações metabólicas do transição para menopausa e pós menopausa aumenta significativamente a probabilidade de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e osteoporose (UNAIDS, 2023).

Quadro 03. Principais ARV com impactos metabólicos e cardiovasculares

Efeito adverso	Antirretroviral(s) associados
Alteração da densidade mineral óssea	Tenofovir (fumarato de tenofovir desoproxila – TDF)
Aumento de peso	Observado no início do tratamento na maioria dos antirretrovirais. Mais expressivo na classe dos INI.
Diabetes/resistência insulínica	Zidovudina; uso prévio de Lopinavir/r
Dislipidemia	Zidovudina > Abacavir: triglicerídeos e LDL. Efavirenz: triglicerídeos, LDL e HDL. Todos os IP + ritonavir: triglicerídeos, LDL e HDL.
Doença cardiovascular (DCV)	Abacavir: associado a um aumento do risco de IAM em alguns estudos de coorte. Risco absoluto maior em pessoas com fatores de risco tradicionais de DCV.
Lipodistrofia	Lipoatrofia relacionada à Zidovudina.

INI: inibidores de integrase; r: ritonavir; IP: inibidores de protease; IAM: infarto agudo do miocárdio;

Veja efeitos adversos mais comuns e/ou graves por classe de ARV no PCDT para manejo da infecção pelo HIV em adultos – Módulo I: tratamento

Orientações gerais para manejo dos principais impactos metabólicos e cardiovasculares na MVHA na menopausa

Saúde óssea:

A infecção pelo HIV e o estado da menopausa estão independentemente associados à diminuição da densidade mineral óssea (SHARMA et al., 2022). A massa óssea é significativamente mais reduzida em PVHA, resultando em um risco de fraturas de 35% a 68% maior do que na população geral. Esta baixa massa óssea é multifatorial, englobando fatores de risco tradicionais (como baixo IMC, defi-

ciência de vitamina D e hipogonadismo), a ação direta do HIV e, crucialmente, a exposição à Tarv.

Ao promover a supressão viral, a introdução da Tarv desencadeia um desequilíbrio entre formação e reabsorção óssea, levando a uma perda de 2% a 6% na densidade mineral óssea, sendo a maior redução observada nos primeiros 12 meses. Mesmo com a estabilização posterior, o risco de fratura permanece elevado. Entre os antirretrovirais, o Tenofovir Disoproxil Fumarato (TDF) é consistentemente associado à perda óssea, adicionando 1% a 3% de perda, e os Inibidores de Protease (IP) também têm sido implicados, embora de forma mais controversa. Em contraste, a classe dos Inibidores da Integrase demonstra um perfil favorável para a saúde óssea (BATTERHAM et al., 2024; TARIQ, 2025; JAMSHAD et al., 2024).

- Estimativa de risco de fraturas em 10 anos: usar calculadora FRAX Brasil 2.0, disponível no site da Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo. *(ao preencher a calculadora FRAX, considerar a infecção pelo HIV como causa de osteoporose secundária.)*
 - Se baixo risco: não há necessidade de tratamento farmacológico;
 - Se risco intermediário: solicitar exame de Densidade Mineral Óssea (DMO) de coluna e fêmur;
 - Se alto risco: recomendável terapia farmacológica.
- Prevenção e tratamento de osteopenia e osteoporose: suplementação de vitamina D e cálcio; Exercícios físicos com carga; Cessação do tabagismo; Avaliação da Tarv, sem colocar em risco a supressão viral máxima
- Manejo da Tarv na osteopenia e osteoporose: evitar o TDF. Para pacientes com supressão viral e sem coinfeção com hepatite B, a estratégia preferencial é a simplificação para a terapia dupla 3TC/DTG (lamivudina e dolutegravir). Conheça as condições necessárias para a recomendação da terapia dupla no PCDT para manejo da infecção pelo HIV em adultos – Módulo I: tratamento

Saúde cardiovascular:

Resultados de meta-análises apoiam um maior risco de doença cardiovascular em pessoas com HIV em comparação com a população em geral. Em grandes estudos de coorte, pessoas com HIV apresentaram maior risco de eventos cardiovasculares, incluindo infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, isquemia, insuficiência cardíaca e morte súbita cardíaca, em comparação com pessoas sem HIV (BATTERHAM et al., 2024; COLLINS et al., 2023).

Atualmente, não existe uma calculadora de risco cardiovascular específica e ideal para PVHA. No entanto, mesmo com limitações, essas ferramentas continuam sendo úteis na predição de eventos cardiovasculares. Diversos algoritmos disponíveis online podem ser utilizados com acurácia comparável (GRINSPOON et al., 2025).

- **Recomendação Prática:** Na ausência de uma calculadora ideal específica, o profissional de saúde deve escolher a ferramenta mais amigável, de fácil acesso, prática e simples para o seu contexto de clínica. (Para maior detalhamento sobre risco cardiovascular, acessar Capítulo 12)
- **Particularidade:** Após o cálculo da estimativa de risco cardiovascular (CV), recomenda-se que a infecção pelo HIV seja considerada um fator agravante. Isso implica reclassificar o risco para um nível acima do estimado (RACHED et al., 2025), especialmente quando presentes as seguintes condições: histórico de viremia prolongada, início tardio da Tarv; contagem de CD4+ nadir ou atual baixa (< 350 cel/mm³); falha de tratamento ou má adesão; lipodistrofia ou síndrome metabólica; doença hepática metabólica ou coinfeção pelo vírus da hepatite C; longa duração da infecção; uso de antirretrovirais antigos cardiotoxicos (DHHS, 2024).
- **Indicação de iniciar estatina:**
 - Risco alto: iniciar estatina de alta intensidade
 - Risco intermediário: iniciar estatina ao menos de moderada intensidade.
 - Risco baixo: decisão conjunta com o paciente; se optar por iniciar estatina, recomenda-se que seja de moderada intensidade.
- **Escolha da estatina:** particularidades em MVHA devem ser levadas em consideração, em especial as interações medicamentosas com os ARV. Em

caso de interação medicamentosa e risco cardiovascular intermediário a alto, acionar serviços de Assistência Especializada.

- Metas de LDL-c: As mesmas metas de LDL-c das diretrizes gerais devem servir de orientação no cuidado das MVHA.
 - Associar Ezetimiba (10 mg) caso a meta não seja alcançada com a dose máxima de estatina
- Manejo da hipertrigliceridemia:
 - Evitar Tarv da classe dos IP e outros medicamentos que elevam triglicerídeos, tais como corticoides, betabloqueadores, diuréticos tiazídicos, antipsicóticos de segunda geração e alguns imunossupressores como ciclosporina e tacrolimo.
 - Se triglicerídeos > 500 mg/dL, mesmo após implementações de medidas não medicamentosas, considerar iniciar fibratos para prevenção de pancreatite aguda
 - No caso de dislipidemia mista, focar na redução do LDL-c, introduzindo estatina (RACHED et al., 2025).

Tabela 1. Calculadoras para Estimativa de Risco Cardiovascular em 10 anos*

Diretriz	Calculadora	Corte populacional	Resultado expresso pela calculadora
Organização Mundial da Saúde	HEARTS	Inclui outras regiões, inclusive o Brasil e outros países da América do Sul	Quantitativo, em % Categorico: Muito baixo: <5% Baixo, moderado 5-19,9% Alto ≥20%
Sociedade Brasileira de Cardiologia	Escore de Risco Global	Escore de Framingham, adaptado à população brasileira	Categorico (baixo, intermediário, alto e muito alto)

Fonte: OPAS, 2025; SBC, 2024.

Tabela 2. Principais Estatinas disponíveis no Brasil, potência e uso

	Intensidade			Uso concomitante com IP
	Baixa	Moderada	Alta	
Redução média do LDL-c	<30%	30-50%	≥ 50%	
Pitavastatina	N/A	2-4 mg	N/A	Sim, sem ajuste de dose
Atorvastatina	N/A	10-20 mg	40-80 mg	Sim, com ajuste de dose Iniciar com dose mais baixa e monitorar. Não exceder 40 mg.
Rosuvastatina	N/A	5-10 mg	20-40 mg	Sim, com ajuste de dose Iniciar com a dose mais baixa e monitorar. Não exceder 10 mg.
Pravastatina	10-20 mg	40-80 mg	N/A	Sim, com ajuste de dose Iniciar com a dose mais baixa e monitorar. Não exceder 40 mg.
Sinvastatina*	10-20 mg	20-40 mg	N/A	Contraindicado.
<i>*Efavirenz reduz a potência das estatinas, o uso concomitante não é recomendável, especialmente com estatinas de baixa potência como a sinvastatina. Legenda: LDL-c (colesterol de lipoproteína de baixa densidade); N/A (não se aplica) Fonte: www.hiv-druginteractions.org; Giguère P et al. 2019</i>				

Confira conteúdo completo sobre o manejo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em pessoas vivendo com HIV e/ou aids (PVHA) no Módulo 3 do PCDT para manejo da infecção pelo HIV em adultos (link)

Redistribuição de gordura e lipodistrofia

A lipodistrofia, caracterizada por uma redistribuição anormal de gordura corporal, é uma complicação associada à TARV - mais comum em pessoas que fizeram uso de antirretrovirais mais antigos no elenco terapêutico - que pode prejudicar a autoestima, a imagem corporal e a adesão ao tratamento, com impacto direto na

qualidade de vida. Somado a isto, a depleção de estrogênio, característica da menopausa, também pode resultar em alteração na deposição de gordura.

Cuidados recomendados:

- Considerar ajustes nos esquemas antirretrovirais, com substituição da Zidovudina (AZT), visando reduzir o impacto metabólico.
- Encaminhar para acompanhamento psicológico, quando indicado, especialmente nos casos em que a autoimagem esteja comprometida.
- Avaliar a possibilidade de intervenções nutricionais e estéticas, respeitando os desejos e condições da usuária.
- Avaliar indicação de tratamento cirúrgico, disponível no SUS desde 2004.

Terapia hormonal e interações medicamentosas com antirretrovirais

A terapia hormonal na menopausa (THM, também conhecida como terapia de reposição hormonal ou TRH) é recomendada principalmente para o alívio de sintomas vasomotores moderados a intensos e prevenção aos agravos na saúde óssea. Apesar da alta prevalência de sintomas entre MVHA, a TRH é pouco prescrita para esta população devido a fatores como a falta de conhecimento sobre o manejo e preocupações com possíveis interações medicamentosas (TARIQ, 2025; CAIXAS et al., 2024).

É importante destacar que grande parte dos antirretrovirais modernos não interagem com a TH e, caso haja interações, elas podem ser controladas ajustando as doses de TH de acordo com os sintomas e efeitos colaterais (TARIQ, 2025).

Interações medicamentosas entre hormônios e antirretrovirais

- Inibidores de protease (IP), como o darunavir, podem reduzir os níveis plasmáticos de estrogênios orais, comprometendo a eficácia da terapia hormonal (SMITH ET AL., 2022).

- Inibidores da CYP3A4 podem interferir no metabolismo de estrogênios e progestagênios.

Recomendações clínicas:

- Recomenda-se estrogênios transdérmicos ou de uso local (vaginal), que têm menor metabolismo hepático de primeira passagem e menor risco tromboembólico (MILLER ET AL., 2021). OBS: Estrogênios transdérmicos não são disponibilizados na RENAME.
- Evitar TH oral em mulheres com níveis de triglicerídeos elevados e nas que utilizam esquemas antirretrovirais com alto potencial de interação.
- Avaliar continuamente o risco cardiovascular e trombótico antes e durante o uso da terapia hormonal.
- Considerar realizar a troca da TARV para opção de menor potencial de interação. Em caso de interação medicamentosa acionar serviços de Assistência Especializada.

É importante ter em mente que a presença de sintomas da menopausa está associada à redução da qualidade de vida relacionada à saúde e ao baixo envolvimento no tratamento do HIV, com menor adesão à TARV e ao seguimento clínico ambulatorial (TARIQ, 2025). Dessa forma, a menopausa representa uma oportunidade para otimizar a saúde e o bem-estar de mulheres vivendo com HIV e Aids. O cuidado deve ser pautado na abordagem individualizada, considerando comorbidades, vulnerabilidades sociais, perfil terapêutico e preferências da usuária. A articulação entre ginecologia, infectologia, cardiologia, nutrição e outras áreas é essencial para decisões clínicas seguras e compartilhadas.

Interação das infecções sexualmente transmissíveis na MVHA

A coexistência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) com a infecção pelo HIV é particularmente relevante nas mulheres que vivem a perimenopausa, menopausa ou pós-menopausa, em razão das mudanças anatômicas, hormonais e imunológicas características dessa fase da vida. IST como vaginose bacteriana, candidíase e infecção pelo HPV são mais frequentes nesse grupo e, além de comprometerem a qualidade de vida, potencializam a replicação viral e a transmissão do HIV.

Essas condições exigem vigilância contínua, abordagem sindrômica, rastreamento periódico e uma atuação clínica sensível às especificidades do ciclo de vida feminino. O cuidado deve ser multiprofissional, interseccional e inclusivo, acolhendo também mulheres negras, trans, indígenas, com deficiência ou em situação de vulnerabilidade.

Vaginose bacteriana, doença inflamatória pélvica (DIP) e candidíase

O desequilíbrio da microbiota vaginal facilita a colonização por patógenos e aumenta a suscetibilidade ao HIV (SMITH ET AL., 2022). Na candidíase, por exemplo, inflamação local e microfissuras causadas pela infecção favorecem a entrada e replicação do HIV (Jones et al., 2021). Além disso, a doença inflamatória pélvica (DIP) se manifesta com maior gravidade clínica em mulheres imunossuprimidas.

Recomendações

- DIP: Tratamento com antibióticos de amplo espectro, com atenção aos sinais de sepse (FLEISCHMAN ET AL., 2019).
- Vaginose bacteriana e candidíase de repetição: Abordagem com tratamento supressivo pode ser necessária, além de avaliação da adesão ao TARV.

HPV e neoplasias cervicais:

Mulheres que vivem com HIV apresentam maior prevalência de infecção por HPV oncogênico, maior taxa de persistência viral e progressão acelerada para lesões de alto grau e câncer (MILLER ET AL., 2021).

Recomendações

- A Vacinação contra HPV é recomendada para MVHA até os 45 anos, mesmo com exposição prévia e priorizando 3 doses segundo PNI-MS.
- Para pessoas com imunossupressão, como as PVHA, as diretrizes de rastreamento do câncer do colo do útero são mais rigorosas. Recomenda-se iniciar o rastreamento com o teste de DNA-HPV logo após o início da atividade sexual. E quanto a Idade de Encerramento: Não há uma idade

segura para parar o rastreamento nessas pessoas, então ele deve continuar após os 60 anos.

Ver: Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero:
Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV Oncogênico

Versão preliminar

AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO EM SAÚDE



11 Síndrome Genitourinária da Menopausa

11.1 Definição

A Síndrome Genitourinária da Menopausa (SGUM) é definida como o conjunto de sinais e sintomas decorrentes da redução dos níveis de estrogênio e outros hormônios sexuais, afetando principalmente a vulva, a vagina, o trato urinário inferior e a função sexual. Essa condição impacta a qualidade de vida, as relações interpessoais e a saúde sexual e mental na perimenopausa, menopausa e pós-menopausa (FAUBION et al., 2020; FARRELL, 2017; CALLEJA-AGIUS; BRINCAT, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2024).

Quadro 1: Orientação de cuidados para a saúde feminina e melhora dos sintomas irritativos da bexiga

	DESCRIÇÃO	JUSTIFICATIVA
HIGIENE GINECOLÓGICA	Urinar antes e após a relação sexual	Prevenção de infecção urinária
	Evitar o uso de sabonetes agressivos na região vulvovaginal	Proteção da flora vaginal
	Evitar o uso de duchas vaginais	Proteção da flora vaginal
	Após a evacuação realizar a higiene na direção de anterior para posterior	Prevenção de infecção
HÁBITOS	Parar de fumar	Pode gerar ou acentuar sintoma irritativo na bexiga
	Evitar bebida gaseificada, refrigerantes e bebidas alcoólicas	
	Diminuir ou evitar o consumo de café e chás com cafeína (chá preto ou verde)	
	Evitar consumo excessivo de alimentos ácidos, incluindo frutas como limão, laranja, abacaxi e outras frutas ácidas	
	Evitar uso de tapete perto da cama	Aumento do risco de queda quando a paciente acorda a noite para urinar
	Aumentar o consumo de fibras alimentares	Evitar a constipação, protegendo assim o assoalho pélvico
	Manter hidratação adequada	

ESTRATÉGIAS	Quando sentir urgência urinária realizar contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP), evitar pensar intensamente em urinar e se possível aguardar um pouco para ir para o banheiro	A contração dos MAP gera relaxamento do músculo detrusor. Pensar intensamente em urinar aumenta a urgência
	Realizar diário miccional de 3 dias	Compreensão do hábito miccional
	Orientar aumento gradativo do intervalo entre as micções (aumentar 15 minutos por semana), tendo como referência 8 micções por dia ou intervalo em torno de 3 horas	Treino vesical
	Respiração com prolongado tempo de expiração	Promove relaxamento e pode ser usada como técnica conjuntamente com a contração dos MAP para evitar perda por urgência
	Perda de peso se IMC > 25 kg/m ²	

11.2 Sinais e sintomas

A síndrome geniturinária da menopausa pode apresentar diversos sintomas, dentre eles: secura, ardor e irritação na área genital; redução de lubrificação, desconforto ou dor durante a relação sexual e disfunção na função sexual; bem como sintomas urinários, como urgência, disúria e tendência a infecções urinárias recorrentes. As mulheres podem apresentar alguns ou todos esses sintomas, que devem ser incômodos e não serem explicados por outros diagnósticos (FAUBION et al., 2020; FARRELL, 2017; CALLEJA-AGIUS; BRINCAT, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2024).

Entre as mudanças físicas encontradas na SGUM há alterações do sistema tegumentar e do epitélio nos lábios externos e internos, clitóris, vestibulo e da espessura da mucosa com alterações no intróito vaginal, vagina, uretra e bexiga. A chamada atrofia vulvovaginal é um componente desta síndrome (FAUBION et al., 2020; FARRELL, 2017; CALLEJA-AGIUS; BRINCAT, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2024).

A incidência de SGUM tem ampla variação e são encontrados tanto na transição para menopausa quanto na pós-menopausa, e dependente do tempo de menopausa. As principais queixas são a dispareunia (dor na relação sexual); secura vaginal e sintomas urinários (FAUBION et al., 2020; FARRELL, 2017; CALLEJA-AGIUS; BRINCAT, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2024).

Essa incidência pode estar presente também nas pacientes que tratam câncer de mama e de endométrio, devido à insuficiência ovariana causada pelos tratamentos realizados como quimioterapia, radioterapia, ooforectomia profilática e terapia hormonal antiestrogênica (FAUBION et al., 2020; FARRELL, 2017; CALLEJA-AGIUS; BRINCAT, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2024).

A SGUM gera grande impacto na saúde, com importante perda de qualidade de vida, diminuição da saúde sexual e bem-estar. O desconforto vaginal pode ter efeitos negativos em vários aspectos da vida, com impacto nos seus relacionamentos íntimos.

11.3 Diagnóstico

O diagnóstico da SGUM é essencialmente clínico, pautado na escuta qualificada, no vínculo e na avaliação integral da pessoa. Deve-se considerar não só os aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais, culturais, psicológicos e econômicos. As manifestações clínicas dizem respeito tanto ao aparelho genital quanto ao urinário. Os sintomas incluem ressecamento vaginal, dispareunia, ardor e prurido vaginal, disúria, urgência miccional, infecções urinárias.

A avaliação deve incluir a anamnese direcionada, abordando sintomas físicos, emocionais, sexuais e sociais, bem como exame ginecológico cuidadoso, avaliando sinais de atrofia vulvovaginal, como mucosa pálida, adelgada, friável, diminuição de pregueamento vaginal e redução da elasticidade.

É fundamental considerar diagnósticos diferenciais durante a avaliação clínica. Entre as condições a serem investigadas estão reações alérgicas e inflamatórias vulvares e vaginais, como líquen escleroso, dermatite de contato, candidíase, presença de corpos estranhos ou vulvodínia.

Além disso, é importante atentar para doenças sistêmicas, como diabetes mellitus, doenças autoimunes, e para desordens psiquiátricas que podem contribuir para os sintomas apresentados (FAUBION et al., 2020; FARRELL, 2017; CALLEJA-AGIUS; BRINCAT, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2024).

11.4 Tratamento na Atenção Primária à Saúde

O tratamento da Síndrome Genitourinária da Menopausa na APS deve ser realizado de forma individualizada, multiprofissional e centrada na paciente, respeitando suas escolhas, contexto de vida e necessidades específicas. O manejo visa promover qualidade de vida, autonomia e bem-estar, considerando práticas baseadas em evidências científicas e no cuidado humanizado.

O tratamento deve ser iniciado com orientação sobre práticas que promovam a saúde genital e urinária, incluindo: manutenção da atividade sexual (se desejado), que favorece a vascularização vaginal; cuidados com higiene íntima, evitando produtos irritantes, uso de protetores diários, limpeza vaginal; estímulo à prática de atividades físicas, especialmente aquelas que fortalecem o assoalho pélvico; atenção à saúde mental, oferecendo suporte psicológico quando necessário.

As opções de **terapias não hormonais** incluem lubrificantes vaginais, hidratantes vaginais, estimulação sexual (com ou sem parceiro) e exercícios do assoalho pélvico. São terapêuticas baseadas na conformidade anatômica, prevenir aderências e promover a hidratação contínua da mucosa vaginal. Para melhora dos sintomas, pode ser indicado o uso de lubrificantes e hidratantes vaginais não hormonais, que não apresentam contraindicações e são de uso contínuo. Os hidratantes vaginais não estão disponíveis no RENAME (BRASIL, 2024).

O uso de **tratamento hormonal local** com estrogênio por via vaginal, é considerado bastante eficaz e primeira linha de tratamento para os sintomas de SGUM. A absorção sistêmica do estrogênio local é baixa, conferindo segurança. A terapia hormonal vaginal inclui o uso de doses de estrogênios local aplicado diretamente na vagina para aliviar os sintomas. Estes tratamentos estão disponíveis sob a forma de cremes vaginais, comprimidos vaginais e óvulos (FAUBION et al., 2020; FARRELL, 2017; CALLEJA-AGIUS; BRINCAT, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2024).

As opções de estrogênios tópicos disponíveis para o tratamento da SGUM incluem formulações à base de estriol, estradiol e promestrieno, medicações que se destacam por sua eficácia local e absorção sistêmica limitada. **O estriol, 1mg/g, via vaginal, está disponível no RENAME**, é amplamente utilizado em creme vaginal para restaurar a saúde da mucosa vaginal sem estimular significativamente outros tecidos hormônios sensíveis (BRASIL, 2024).

No entanto, é necessário observar as contraindicações ao seu uso, e a decisão de usar deve ser compartilhada com a paciente em situações especiais como no câncer de mama. A *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomenda que, se os tratamentos não hormonais não proporcionarem alívio adequado dos sintomas, o uso de estrogênio vaginal em baixa dosagem pode ser considerado, inclusive para mulheres em tratamento com tamoxifeno, desde que após avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios (COLD et al., 2022; AGRAWAL et al., 2023; MCVI-CKER et al., 2024). Para pacientes em uso de inibidores da aromatase, a decisão deve ser tomada de forma compartilhada entre paciente, ginecologista e oncologista, assegurando uma abordagem individualizada e baseada nas melhores evidências disponíveis (DUMAS, 2024; BESTE et al., 2025). Importante ressaltar que a terapia hormonal sistêmica tem pouco efeito na SGUM.

Os **fitoterápicos** por via oral são disponíveis no RENAME e em algumas Unidades Básicas de Saúde e alguns estudos referem o uso de plantas medicinais para os sintomas geniturinários como soja (*Glycine max*), trevo vermelho (*Trifolium pratense*) e black cohosh (*Actaea racemosa*), *Tribulus terrestris* e maca (*Lepidium meyenii*) com descrição de melhora da função sexual, libido e qualidade de vida; porém sem eficácia baseada em evidência científica e não recomendada pelas diretrizes nacionais (PORTELLA et al., 2024; JANG; LEUNG; HUANG, 2022).

Considerações finais

A Síndrome Geniturinária da Menopausa é uma condição comum, crônica e frequentemente subdiagnosticada, que impacta significativamente a qualidade de vida das mulheres na transição menopausal e no envelhecimento.

A Atenção Primária à Saúde desempenha um papel central no rastreamento, diagnóstico precoce e manejo longitudinal, sendo essencial para minimizar os efeitos físicos, emocionais e sociais da SGUM. O cuidado deve ser individualizado e centrado na pessoa, valorizando suas necessidades, preferências e expectativas, com foco na promoção da qualidade de vida, do bem-estar sexual e da dignidade no envelhecimento saudável.

Por fim, é essencial respeitar as diversidades de gênero e orientação sexual. Pessoas transmasculinas e outras diversidades de gênero em uso de hormonioterapia, por exemplo, podem apresentar manifestações semelhantes à SGUM, devendo ser acolhidas e cuidadas conforme suas necessidades específicas.

Fisioterapia Perineal na transição para menopausa e pós menopausa

A fisioterapia pélvica desempenha um papel fundamental no cuidado à mulher durante a transição para a menopausa e no período pós-menopausal, uma vez que as alterações hormonais, especialmente a redução dos níveis de estrogênio, podem comprometer a função e a integridade dos músculos do assoalho pélvico. Essa queda hormonal está associada à diminuição da elasticidade tecidual, do tônus muscular e da lubrificação vaginal, o que favorece o aparecimento de sintomas como incontinência urinária, prolapso genitais e disfunções sexuais.

A fisioterapia pélvica, por meio de técnicas de fortalecimento muscular, treinamento proprioceptivo e recursos de biofeedback, contribui para a melhora da função urinária e sexual, prevenção de disfunções e promoção da qualidade de vida. Além disso, atua de forma educativa, incentivando o autocuidado e a conscientização corporal, aspectos essenciais para a saúde integral da mulher nesse período de mudanças fisiológicas e psicossociais.

Um estudo de prevalência realizado na Espanha com 1.446 mulheres identificou incontinência urinária em 56% das participantes, incontinência fecal em 10%, sintomas urinários e prolapso em 14% e dor pélvica em 19%. A menopausa aumentou a probabilidade de incontinência urinária, enquanto o parto instrumental esteve associado à incontinência fecal. Além disso, idade avançada, múltiplos partos vaginais e doenças gastrointestinais elevaram o risco de prolapso de órgãos pélvicos. Como os efeitos do parto podem manifestar-se décadas depois, inclusive na menopausa, torna-se essencial uma anamnese detalhada, com escuta ativa e abordagem humanizada, para compreender toda a história ginecológica e obstétrica da mulher.

Função e Disfunção do Assoalho Pélvico

A função ou funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico inclui a habilidade de realizar contração, relaxamento e coordenação muscular, sendo responsável pela sustentação dos órgãos pélvicos, continência urinária, continência anal e função sexual.

As alterações hormonais características da menopausa, especialmente a redução do estrogênio, afetam o tecido conjuntivo, o tecido muscular, a lubrificação vaginal, a elasticidade dos tecidos e o equilíbrio da microbiota genital. Esses fatores podem desencadear sintomas como incontinência urinária, ressecamento vaginal, dor na relação sexual, sensação de peso pélvico e alterações no desejo sexual. Tais manifestações repercutem não apenas no bem-estar físico, mas também na autoestima e na qualidade de vida.

Orientações para a Síndrome genitourinária na menopausa

A Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGUM) é uma condição crônica e progressiva, cujos sintomas — como secura vaginal, ardor, irritação genital, urgência miccional e infecções urinárias recorrentes — tendem a se intensificar com o avanço da idade e o tempo de menopausa. Além do tratamento médico, orientações sobre hábitos urinários, evacuatórios e de autocuidado podem ajudar a reduzir os sintomas e podem ser abordadas em consultas individuais ou em grupos educativos.

O Quadro 1 apresenta recomendações voltadas à saúde feminina e ao alívio dos sintomas irritativos da bexiga. Como a sensibilidade a alimentos irritativos varia entre as mulheres, é recomendada a observação individual dos efeitos e, se necessário, a exclusão gradual de itens para identificar os que agravam os sintomas.

Versão preliminar

Quadro 1: Orientação de cuidados para a saúde feminina e melhora dos sintomas irritativos da bexiga ‘

	DESCRIÇÃO	JUSTIFICATIVA
HIGIENE GINECOLÓGICA	Urinar antes e após a relação sexual	Prevenção de infecção urinária
	Evitar o uso de sabonetes agressivos na região vulvovaginal	Proteção da flora vaginal
	Evitar o uso de duchas vaginais	Proteção da flora vaginal
	Após a evacuação realizar a higiene na direção de anterior para posterior	Prevenção de infecção
HÁBITOS	Parar de fumar	Pode gerar ou acentuar sintoma irritativo na bexiga
	Evitar bebida gaseificada, refrigerantes e bebidas alcoólicas	
	Diminuir ou evitar o consumo de café e chás com cafeína (chá preto ou verde)	
	Evitar consumo excessivo de alimentos ácidos, incluindo frutas como limão, laranja, abacaxi e outras frutas ácidas	
	Evitar uso de tapete perto da cama	Aumento do risco de queda quando a paciente acorda a noite para urinar
	Aumentar o consumo de fibras alimentares	Evitar a constipação, protegendo assim o assoalho pélvico
	Manter hidratação adequada	
ESTRATÉGIAS	Quando sentir urgência urinária realizar contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP), evitar pensar intensamente em urinar e se possível aguardar um pouco para ir para o banheiro	A contração dos MAP gera relaxamento do músculo detrusor. Pensar intensamente em urinar aumenta a urgência
	Realizar diário miccional de 3 dias	Compreensão do hábito miccional
	Orientar aumento gradativo do intervalo entre as micções (aumentar 15 minutos por semana), tendo como referência 8 micções por dia ou intervalo em torno de 3 horas	Treino vesical
	Respiração com prolongado tempo de expiração	Promove relaxamento e pode ser usada como técnica conjuntamente com a contração dos MAP para evitar perda por urgência
	Perda de peso se IMC > 25 kg/m²	

Fisioterapia para o assoalho pélvico

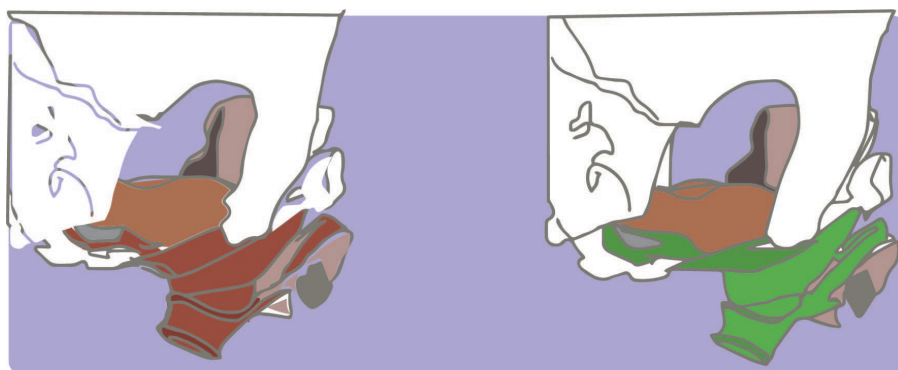
A fisioterapia, mais especificamente, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico é indicado como a primeira linha de tratamento para a incontinência urinária, com nível de evidência científica 1 e recomendação A.

Para que o tratamento fisioterapêutico atinja o resultado é essencial que a contração dos músculos do assoalho pélvico ocorra da forma correta.

A fisioterapia para o tratamento das disfunções do assoalho pélvico é uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e pela ABRAFISM. Embora a formação do fisioterapeuta seja generalista, é possível obter bons resultados na Atenção Básica mesmo sem um especialista, especialmente em casos clínicos de menor complexidade.

O tratamento deve começar com a avaliação funcional dos músculos do assoalho pélvico por meio da palpação vaginal, que orienta a prescrição individualizada dos exercícios. Quando essa avaliação não é possível, o fisioterapeuta pode orientar a contração correta dos músculos, evitando o uso excessivo da musculatura acessória, como glúteos, abdômen e músculos do quadril. O comando verbal é essencial, devendo enfatizar o movimento de “fechar e puxar para dentro” a região vaginal em direção à sínfise púbica, promovendo uma contração eficaz, com elevação do assoalho pélvico e sem esforço do tronco ou dos glúteos.

Figura 1: em verde destaque para a contração dos músculos do assoalho pélvico com o componente de fechamento e elevação.



A visualização dos músculos em imagens pode colaborar para a percepção da região e correta contração muscular. A seguir apresentamos duas imagens que podem ser utilizadas como material didático no atendimento às pacientes.

Figura 2: Músculos do assoalho pélvico e região perineal. O músculo elevador do ânus é formado pelos músculos puborretal, iliococcígeo e coccígeo

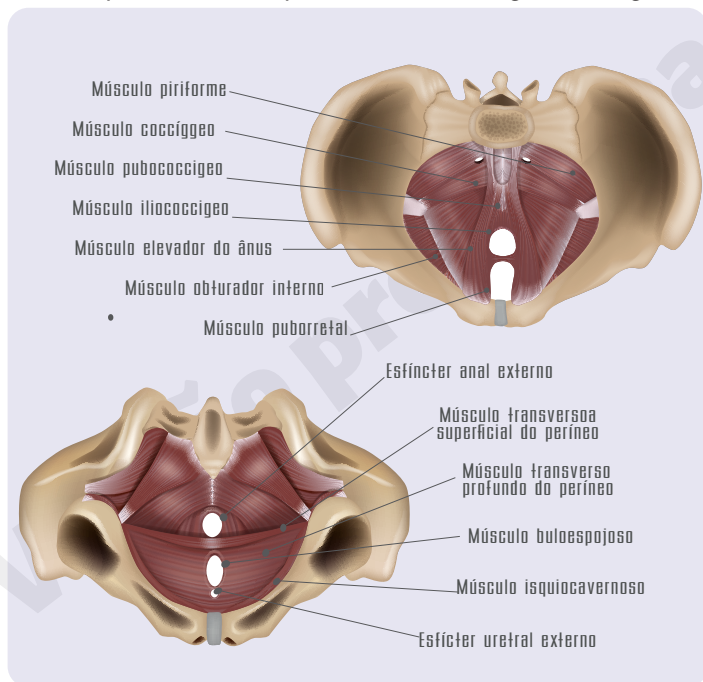
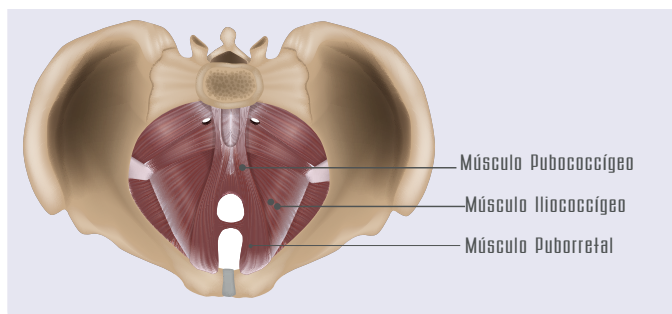


Figura 2: Músculos do assoalho pélvico e região perineal. O músculo elevador do ânus é formado pelos músculos puborretal, iliococcígeo e coccígeo

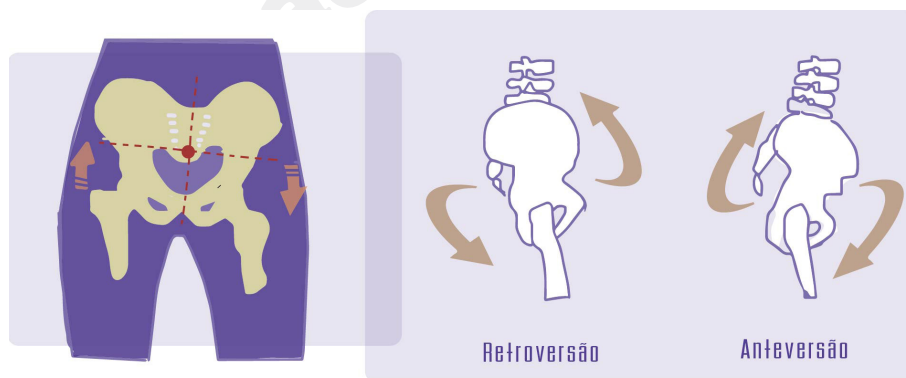
Figura 3: Músculo elevador do ânus



A abordagem inicial do fisioterapeuta generalista pode ser uma ferramenta eficaz no manejo da incontinência urinária e fecal, especialmente em casos leves ou em mulheres com boa percepção corporal. Nos casos mais complexos, é indicado o encaminhamento ao fisioterapeuta especialista em saúde da mulher. Embora o foco seja a melhora da contração e da função dos músculos do assoalho pélvico, é fundamental considerar que seu desempenho depende da adequada mobilidade da pelve, do quadril e do tronco.

Por isso, exercícios que envolvam os movimentos fisiológicos da pelve (anteversão, retroversão, inclinações e rotações) e do quadril (flexão, extensão, abdução, adução e rotações) devem ser incluídos nos programas voltados à saúde da mulher. Grupos de orientação e discussão sobre temas do feminino nessa fase da vida também são estratégias valiosas de promoção da saúde. Nesses grupos, exercícios de alongamento, mobilidade geral e equilíbrio biomecânico da pelve e do tronco podem complementar o cuidado e favorecer melhores resultados funcionais.

Figura 4: movimentos de rotação, inclinação, anteversão e retroversão da pelve



Orientação sobre os hábitos urinário e evacuatório

O diagnóstico da incontinência urinária é essencialmente clínico, baseado na anamnese e no exame físico. Durante a entrevista, o profissional deve investigar ativamente os sintomas, pois muitas mulheres sentem constrangimento e tendem a omitir ou minimizar os episódios de perda urinária. Qualquer escape involuntário de urina, independentemente da frequência ou volume, caracteriza incontinência urinária e deve ser avaliado e tratado.

Para mensurar o impacto dessa condição na qualidade de vida, podem ser utilizados instrumentos como o International Consultation on Incontinence Questionnaire—Short Form (ICIQ-SF) e o Overactive Bladder Questionnaire—short form (OAB-V8), apresentados ao final do capítulo. Além do diagnóstico e acompanhamento clínico, orientações sobre postura, higiene íntima, lubrificação vaginal e hábitos miccional e evacuatório são fundamentais para a prevenção e o manejo das disfunções do assoalho pélvico. A fisioterapia, ao oferecer essas orientações de forma individualizada e baseada em evidências, promove a autonomia da mulher, melhora sua qualidade de vida e reduz os riscos de complicações uroginecológicas.

Hábito urinário: A ingestão hídrica adequada é um dos pilares para a manutenção da saúde do trato urinário. Recomenda-se, de forma geral, um consumo diário em torno de 35 ml de água por quilograma de peso corporal. Esse valor, no entanto, deve ser ajustado individualmente, considerando fatores como a composição corporal, o nível de atividade física, condições ambientais e eventuais comorbidades. Trata-se de uma estimativa útil como parâmetro inicial para orientar a hidratação adequada na prática clínica.

Número de micções: o número de micções ao longo do dia está diretamente relacionado à ingestão hídrica, sendo influenciado também por fatores como temperatura ambiente, nível de atividade física e condição clínica individual. Considera-se adequado um padrão de oito micções diurnas e nenhuma micção noturna, em indivíduos saudáveis e com hábitos urinários regulares. Uma forma simples de avaliar o hábito miccional é pedir para a paciente preencher um diário miccional que pode ser de três ou sete dias e que fornecerá um panorama com informações sobre o número de micções, ingesta hídrica, ocorrência de urgência ou perda urinária. Há várias opções de diário miccional, no final do capítulo disponibilizamos uma versão.

Micção e Exercício para o assoalho pélvico: Durante o ato miccional, é fundamental que os músculos do assoalho pélvico estejam completamente relaxados para permitir o esvaziamento adequado da bexiga. A realização de exercícios de contração muscular – como os de fortalecimento do assoalho pélvico – não deve ocorrer durante a micção, que é um período de relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, pois isso pode comprometer a coordenação neuromuscular necessária para o funcionamento fisiológico da bexiga. Além disso, a prática incorreta desses exercícios durante a micção pode favorecer disfunções, como retenção urinária, sensação de esvaziamento incompleto ou micção incompleta.

Postura para urinar: Como a micção é um ato de relaxamento do assoalho pélvico, é importante que a mulher esteja sentada, em condição propícia para relaxar o assoalho pélvico.

Higiene após a micção: é importante orientar a paciente sobre a direção da higiene do assoalho pélvico que deve ser executada da região anterior para a posterior evitando assim eventual contaminação.

A evacuação não necessariamente precisa ser diária, mas é importante que não seja com grande esforço. A ingestão de água e de fibras contribuirá para uma evacuação mais fácil, bem como, a realização de exercícios físicos. O uso de banquinho para facilitar a flexão do quadril e posicionamento da pelve é um recurso simples e efetivo.

Figura 5: posição facilitadora para evacuar com o objetivo de redução do ângulo anorretal



O uso da inteligência artificial (IA) tem se tornado cada vez mais comum, e muitas mulheres chegam aos serviços de saúde com informações e expectativas de tratamento baseadas nessa tecnologia. Um estudo publicado em 2024 comparou respostas geradas por IA com diretrizes científicas sobre incontinência urinária, identificando acertos e limitações nas informações fornecidas. Essa discussão é importante para compreender as expectativas das pacientes e orientar intervenções seguras. A escuta ativa e a abordagem humanizada são essenciais para reconhecer o que a mulher já pesquisou sobre menopausa e quais tratamentos pretende adotar, prevenindo condutas inadequadas ou automedicação. Além disso, grupos voltados a exercícios e discussões sobre saúde da mulher oferecem espaços valiosos para acolhimento, troca de experiências e disseminação de informações de qualidade.

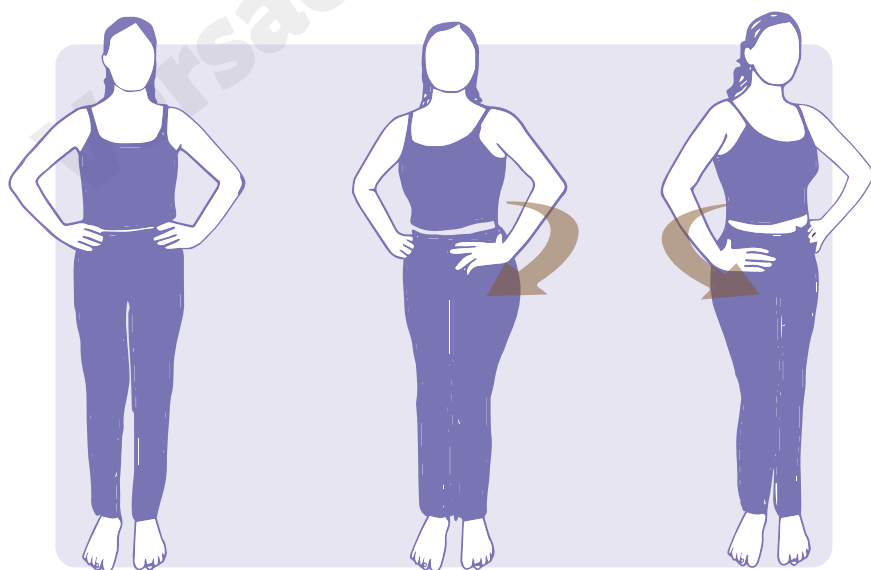
Considerações Finais

Na Atenção Primária à Saúde, mesmo quando não há um fisioterapeuta especialista em pelve feminina, a fisioterapia desempenha papel fundamental na promoção da autonomia, dignidade e qualidade de vida das mulheres na perimenopausa, menopausa e pós-menopausa. Nessa fase, condições como incontinência urinária ou anal, prolapso de órgãos pélvicos e dor pélvica ou durante a relação sexual são comuns e afetam significativamente o bem-estar. A atuação fisioterapêutica, mesmo conduzida por profissionais generalistas, oferece uma alternativa de baixo custo, com poucos efeitos colaterais e bons resultados, além de favorecer o autoconhecimento corporal e estimular práticas de autocuidado, essenciais para o manejo dessas disfunções e para a promoção da saúde feminina.

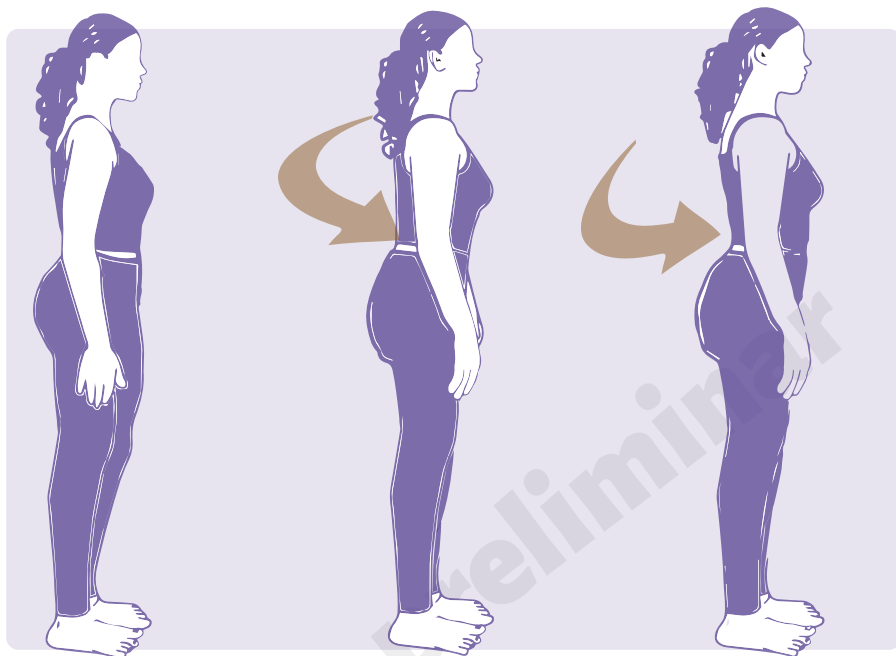
Sugestão de exercícios para realização em grupo para melhora da mobilidade da pelve, tronco, membros inferiores e superiores



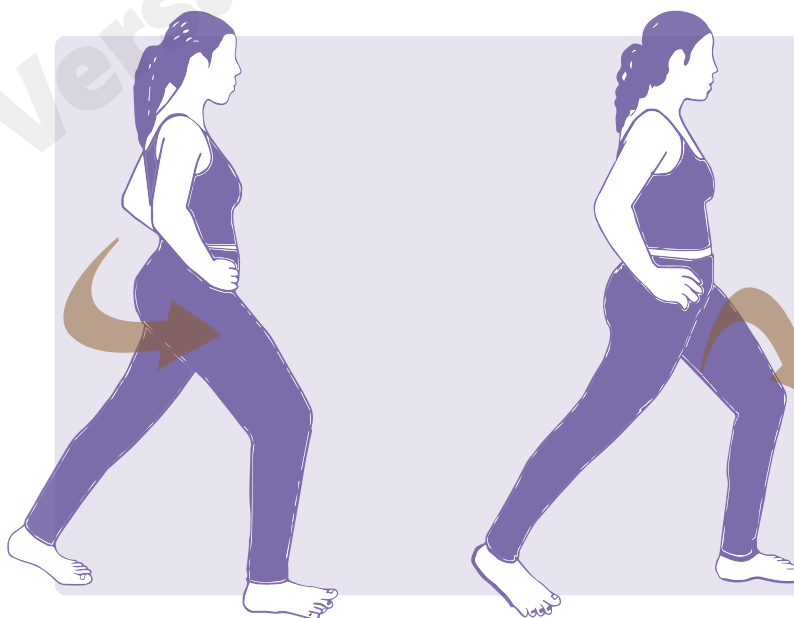
Inclinação da pelve: posição neutra, inclinação à esquerda e à direita



Rotação da pelve: posição neutra, rotação para direita e rotação para esquerda



Movimento de anteversão e retroversão da pelve, a partir da posição neutra



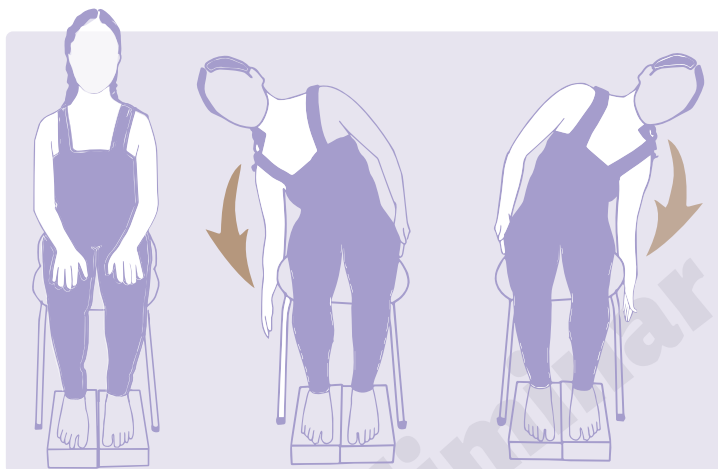
Alternância entre os membros inferiores para transferência de peso e movimento assimétrico das articulações dos quadris



Exercício de inclinação lateral
do tronco em pé



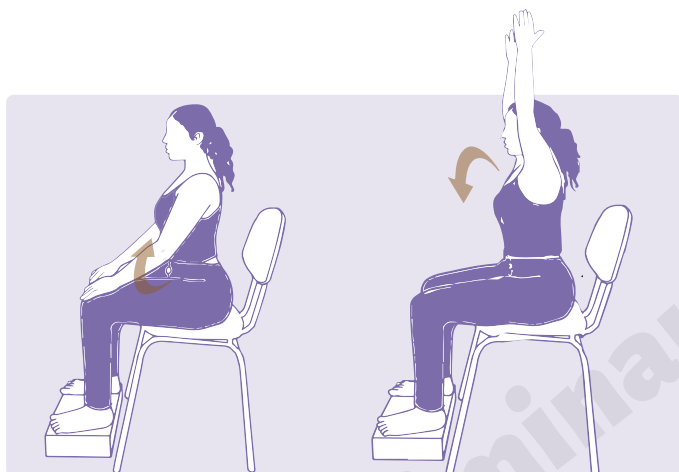
Exercício de alongamento dos músculos
posteriores do membro inferior



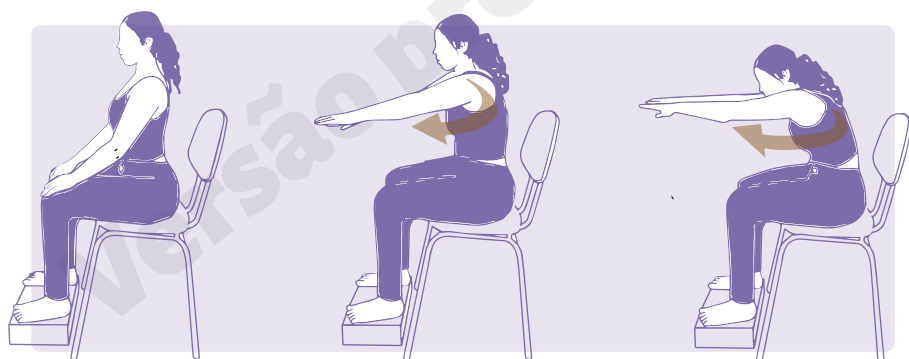
Exercício de inclinação de tronco na posição sentada



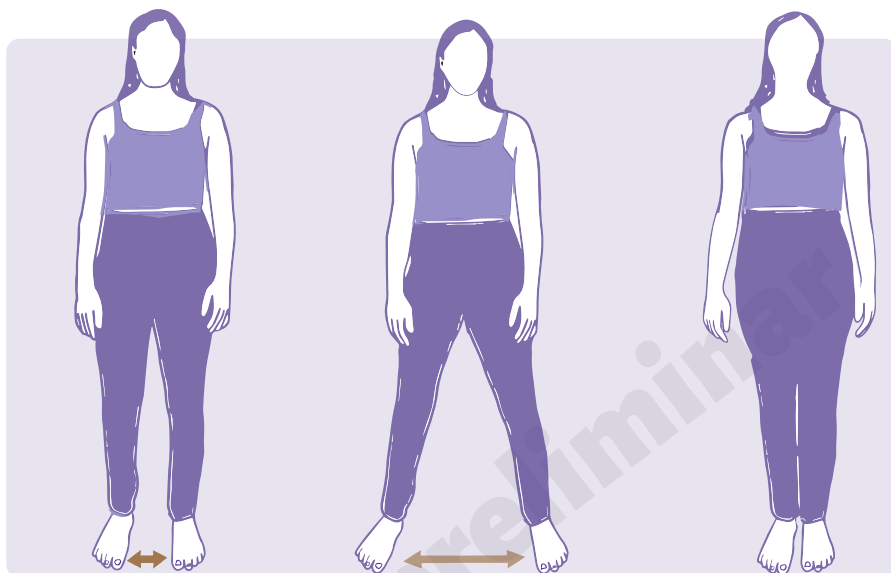
Orientação para sentar da maneira correta do ponto de vista biomecânico:
sentar nos apoios isquióticos com os pés apoiados, joelhos, quadris e tornozelos em flexão de 90°



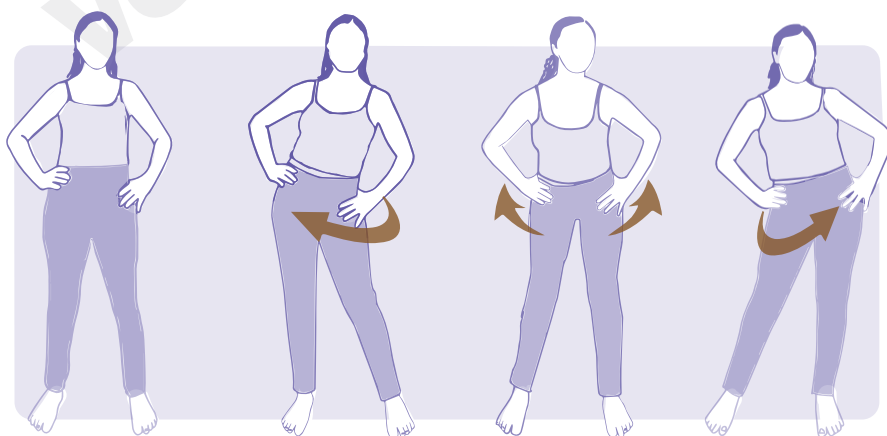
Exercício na postura sentada correta para mobilidade de membros superiores



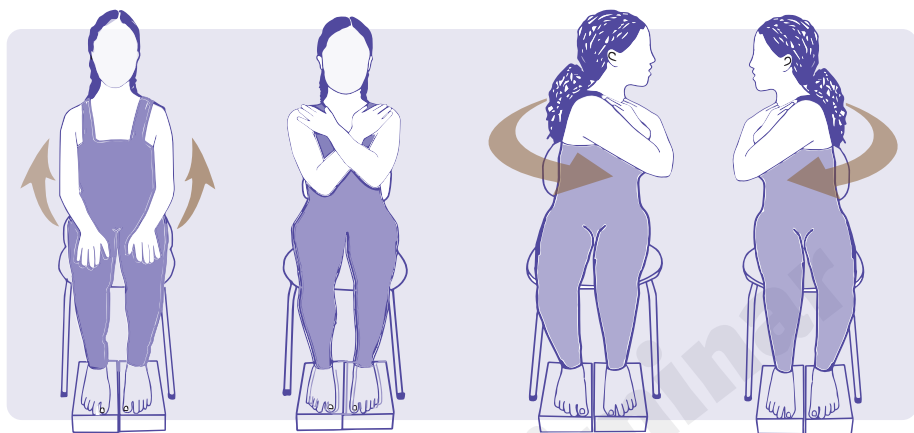
Exercício na postura sentada para mobilidade anterior de tronco. Atenção ao correto posicionamento dos pés apoiados na altura correta



Exercício na postura em pé com diferentes bases de sustentação:
pés alinhados aos quadris, base alargada ou diminuída



Exercício de mobilidade da coluna lombar e pelve.
Orientar a execução do movimento da pelve em círculo



Exercício de rotação de tronco na posição sentada

Questionário de Avaliação da Bexiga Hiperativa - QABV8

As perguntas na página a seguir são sobre quanto você tem sido incomodado (a) por alguns sintomas. Faça um X no número correspondente à resposta que melhor descreve quanto cada sintoma tem incomodado você. Some o valor de todas as suas respostas para obter o resultado.

ICIQ - SF

Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)

2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

- Nunca ☐ 0
 Uma vez por semana ou menos ☐ 1
 Duas ou três vezes por semana ☐ 2
 Uma vez ao dia ☐ 3
 Diversas vezes ao dia ☐ 4
 O tempo todo ☐ 5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

- Nenhuma ☐ 0
 Uma pequena quantidade ☐ 2
 Uma moderada quantidade ☐ 4
 Uma grande quantidade ☐ 6

5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não interfere Interfere muito

ICIQ Score: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____

6. Quando você perde urina?

(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- Nunca ☐
 Perco antes de chegar ao banheiro ☐
 Perco quando tusso ou espiro ☐
 Perco quando estou dormindo ☐
 Perco quando estou fazendo atividades físicas ☐
 Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo ☐
 Perco sem razão óbvia ☐
 Perco o tempo todo ☐

“Obrigado por você ter respondido às questões”

Questionário de Avaliação da Bexiga Hiperativa – OABV

As perguntas abaixo são sobre quanto você tem sido incomodado (a) por alguns sintomas. Faça um X no número correspondente à resposta que melhor descreve quanto cada sintoma tem incomodado você. Some o valor de todas as suas respostas para obter o resultado.

Quanto você tem sido incomodado (a) por...	Nada	Quase nada	Um pouco	O suficiente	Muito	Muitíssimo
1. Urinar frequentemente durante o dia?	0	1	2	3	4	5
2. Uma vontade urgente e desconfortável de urinar?	0	1	2	3	4	5
3. Uma vontade repentina e urgente de urinar, com pouco ou nenhum aviso prévio?	0	1	2	3	4	5
4. Perdas acidentais de pequena quantidade de urina?	0	1	2	3	4	5
5. Urinar na cama durante a noite?	0	1	2	3	4	5
6. Acordar durante a noite porque teve de urinar?	0	1	2	3	4	5
7. Uma vontade incontrolável e urgente de urinar?	0	1	2	3	4	5
8. Perda de urina associada a forte vontade de urinar?	0	1	2	3	4	5
Você é do sexo masculino?	Se você for do sexo masculino, some mais 2.					
Se o resultado for 8 ou mais de 8, você pode ter bexiga hiperativa.						

Diário Miccional

Nome: _____ Data: ____/____/____

Dia de preenchimento: 1ª () 2ª () 3ª ()

Horário que dormiu: _____ Horário que levantou: _____

HORÁRIO	BEBIDA		 Assinala com um "X" no horário	MICAÇÃO (URINAR)			 Assinala com um "X" no horário	 Perda com urgência	PERDA URINÁRIA Perda ao esforço (tossir, espirrar, pular...)	 PROTETOR Assinala com um "X" no horário da troca de protetor ou fralda
	Tipo	Volume		Assinala com um "X" no horário	Volume	4. Pouco 5. Médio 6. Muito				
6:00										
7:00										
8:00										
9:00										
10:00										
11:00										
12:00										
13:00										
14:00										
15:00										
16:00										
17:00										
18:00										
19:00										
20:00										
21:00										
22:00										
23:00										
24:00										
01:00										
02:00										
03:00										
04:00										
05:00										

CUIDADOS E VIGILÂNCIA



12 Condições Crônicas Não Transmissíveis de maior prevalência na Transição para Menopausa e Pós Menopausa

Na transição para a menopausa, as intervenções voltadas à prevenção de **condições crônicas não transmissíveis** como doenças cardio e cerebrovasculares devem envolver todos os profissionais da atenção básica, assim como especialistas que acompanham a saúde da mulher. Nesse período de intensas mudanças hormonais e metabólicas, a ênfase deve recair sobre a adoção de hábitos de vida saudáveis, com destaque para a cessação do uso nocivo do tabaco e do álcool, a prática regular de atividade física e a manutenção do peso corporal adequado.

Além disso, recomenda-se fortemente uma alimentação balanceada, com baixo consumo de gorduras saturadas e ultraprocessados, privilegiando frutas, vegetais, grãos integrais, fibras e aporte adequado de proteínas, essenciais para preservar massa magra e saúde óssea. Tais orientações precisam estar presentes em cada atendimento, de forma sistemática, para apoiar as mulheres na redução do risco de agravos que tendem a surgir ou se intensificar durante o climatério. A seguir, serão apresentadas as principais manifestações clínicas e complicações associadas ao processo de envelhecimento nessa fase da vida.

12.1 Hipotireoidismo

A insuficiência tireoidiana é uma condição crônica que acomete com maior frequência as mulheres, geralmente com instalação lenta e progressiva, o que pode dificultar sua identificação nos atendimentos clínicos iniciais. Os sintomas, muitas vezes inespecíficos, incluem fadiga, alterações

menstruais, lentificação metabólica com tendência ao ganho de peso, obstipação, queda de cabelo, ressecamento da pele e edema palpebral, e podem ser diagnósticos diferenciais de sintomas menopausais, exigindo do profissional de saúde atenção para a suspeita de hipotireoidismo. Conforme orienta o Caderno de Atenção Básica: Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica (MS, 2014), e o North American Menopause Society (NAMS, 2022), a avaliação diagnóstica deve iniciar pela presença de sinais e sintomas, pessoas com histórico familiar de doenças tireoidianas autoimunes (tireoidite de Hashimoto) ou outras doenças autoimunes, usuários de medicamentos que podem interferir na função tireoidiana (lítio), histórias de cirurgias prévias e ou radioterapia cervical, idade acima de 65 anos. O protocolo do NAMS (2022) e o Consenso Brasileiro de Terapia Hormonal no Climatério (SOBRAC, 2024) recomendam a dosagem de TSH a partir dos 40 anos e, se resultado normal, repetir a cada 5 anos (ou a depender dos sintomas e histórico pessoal, reduzindo a periodicidade a critério clínico).

A dosagem de TSH sérico inicial, pode ser complementada pelo T4 livre quando necessário, podendo ser também solicitados anticorpos antitireoidianos para investigação de casos persistentes ou duvidosos. Após a confirmação diagnóstica de casos alterados, recomenda-se o monitoramento laboratorial de TSH e T4 livre em intervalos regulares de 6 a 12 meses, ou em prazos menores quando houver ajustes terapêuticos ou mudanças no quadro clínico. A forma subclínica é frequente, especialmente em mulheres acima de 65 anos, e pode estar associada à história familiar, o que reforça a importância da estratificação de risco, do acompanhamento sistemático e da abordagem multiprofissional para o diagnóstico precoce e a condução adequada (BRASIL, 2014).

A Ultrassonografia de tireoide não faz parte do rastreamento de rotina, apenas se houver nódulos ou tireoidite suspeita.

12.2 Doenças Cardiovasculares (DCV)

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morbimortalidade feminina, sendo responsáveis por 35% das mortes de

mulheres em todo o mundo. Em 2019, cerca de 275 milhões de mulheres foram diagnosticadas com essas doenças e aproximadamente 8,9 milhões morreram em decorrência delas (VOGEL et al., 2021).

Os estrogênios exercem papel fundamental como hormônios que ativam substâncias vasoativas, promovendo remodelamento e elasticidade vascular, além de regular a dilatação reativa e a atividade inflamatória local. Com a redução dos níveis de estrogênio na transição para a menopausa, ocorre ativação do sistema renina–angiotensina, aumento da expressão de endotelina, potente vasoconstritor, e comprometimento da biodisponibilidade de óxido nítrico. Esses mecanismos contribuem significativamente para o aumento do risco cardiovascular nessa fase da vida (MENDELSON; KARAS, 2005).

Estudos indicam que o estradiol endógeno exerce efeito protetor sobre o sistema cardiovascular, promovendo benefícios metabólicos e vasculares. Entretanto, evidências atuais demonstram que a terapia hormonal não deve ser utilizada como medida de prevenção cardiovascular, pois pode aumentar o risco de eventos isquêmicos e tromboembólicos (ANAGNOSTIS et al., 2022; MARJORI-BANKS et al., 2017; BOARDMAN et al., 2015).

Epidemiologia e fatores de risco

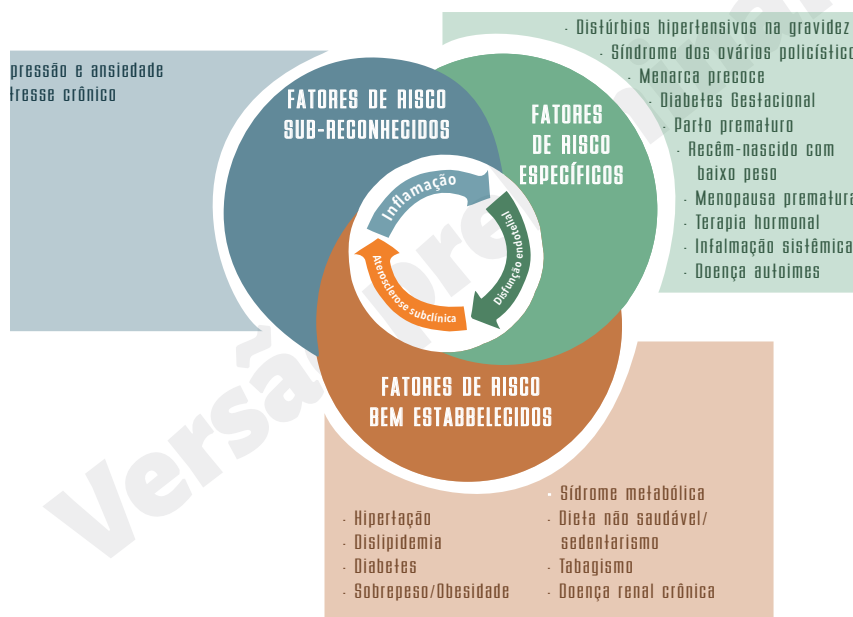
Com a queda do estrogênio, os riscos cardiovasculares das mulheres se aproximam dos riscos observados em homens da mesma faixa etária. Alterações metabólicas, como aumento do colesterol total e LDL-colesterol, associadas à redução do HDL-colesterol, contribuem para a aterosclerose e doença coronariana. A hipertensão arterial, frequentemente ligada à predisposição genética, está associada a hábitos de vida, como consumo excessivo de sal, gordura e açúcares (MENDELSON; KARAS, 2005).

O Ministério da Saúde destaca os principais fatores de risco cardiovascular: hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, fatores psicossociais e histórico familiar. Mulheres com menopausa precoce ou cirúrgica merecem atenção especial devido ao maior risco de doença coronariana (BRASIL, 2014).

Avaliação do risco cardiovascular

Na transição para a menopausa e no período pós-menopausa, a avaliação cardiovascular deve abranger fatores biológicos, psicológicos e sociais. A Figura 1 destaca os principais fatores de risco e exemplifica os aspectos que devem ser investigados durante a anamnese para identificação do risco cardiovascular.

Figura 1: Fatores de risco cardiovascular em mulheres.



Fonte: Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa – 2024

Para apoiar a investigação do risco cardiovascular, recomenda-se o uso de ferramentas específicas de avaliação, que auxiliam na definição das indicações, contraindicações e da via de administração da terapia hormonal. Os links descritos abaixo dão acesso a este material:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Escore de risco global (ERG) de Framingham. Disponível em: <https://linhasde-cuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/escore-risco-global-framingham/>
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Calculadora de Escore de Risco. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2020/index.html>.
- <https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas/calculadora-risco-cardiovascular>

O rastreamento de fatores de risco cardiovascular e metabólico por meio da propedêutica clínica e laboratorial é uma estratégia fundamental para a prevenção de doenças crônicas. Entre os principais parâmetros avaliados estão a pressão arterial, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, perfil lipídico, medidas antropométricas e tabagismo.

Recomenda-se a aferição periódica da pressão arterial para todas as pessoas com idade igual ou maior a 18 anos, sem diagnóstico da HAS, devem ser rastreadas para esta condição, por meio da medida de pressão arterial; Lembrar que a HAS é uma condição geralmente assintomática, seu rastreamento deve ser realizado, anualmente, com duas medidas de PA no consultório.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2025) adultos acima de 35 anos devem ser rastreados com exame de glicemia de jejum e/ou hb1ac, antes se tiver fator de risco. Caso a pessoa não apresente mais do que dois fatores de risco, repete trienal, caso tenha pré-diabetes ou mais de dois fatores anualmente.

O perfil lipídico é indicado especialmente para mulheres a partir dos 45 anos com risco cardiovascular, enquanto peso, altura, IMC e circunferência abdominal devem ser avaliados em todos os adultos, oferecendo aconselhamento e intervenções de mudança de comportamento conforme necessário.

Por fim, o tabagismo deve ser investigado em todos os atendimentos, com fornecimento de estratégias para cessação do hábito. A periodicidade ideal de rastreamento ainda não é plenamente definida, devendo ser

ajustada ao risco individual de cada paciente (BRASIL, 2010). A Tabela 01 abaixo, demonstra com maior detalhamento estas informações.

Tabela 1: Propedêutica clínica e laboratorial para identificar fatores de risco para doença cardiovascular e metabólica.

Aferição de pressão arterial	Recomenda-se a aferição periódica da pressão arterial para todas as pessoas com idade igual ou maior a 18 anos, sem diagnóstico da HAS, devem ser rastreadas para esta condição, por meio da medida de pressão arterial; Lembrar que a HAS é uma condição geralmente assintomática, seu rastreamento deve ser realizado, anualmente, com duas medidas de PA no consultório.	Para validar o diagnóstico de HA, é necessário realizar medidas repetidas, em duas ou mais visitas médicas, com intervalos de dias ou semanas (BRANDÃO et al., 2025). ANUALMENTE
Glicemia de jejum	Adultos acima de 35 anos devem ser rastreados com exame de glicemia de jejum e/ou hb1ac, antes se tiver fator de risco. Caso a pessoa não apresente mais do que dois fatores de risco, repete trienal, caso tenha pré-diabetes ou mais de dois fatores anualmente.	glicemia de jejum(mg/dl): normal <100 intolerância à glicose 110-125 diabetes >126 Hemoglobina glicada (%): normal:<5,7% intolerância à glicose: 5,7 a 6,4 % Diabetes: >6,5%
Colesterol total, HDL, LDL, triglicérides	Recomenda-se fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em mulheres com 45 anos ou mais quando se enquadram como grupo de risco para doença coronariana.	O intervalo ótimo para rastreamento é incerto e este está principalmente fixado de acordo com o risco cardiovascular. Idade para interromper o rastreamento não é bem definida
Peso, Altura, cálculo IMC e circunferência abdominal	Recomenda-se o rastreamento de todos os pacientes adultos para obesidade e a oferta de intervenções de aconselhamento e de mudança de comportamento para sustentar a perda de peso. *mulheres com IMC > 25 associar medida de circunferência a	Não há recomendação sobre a periodicidade do rastreamento, assim indicado durante a consulta de exame periódico de saúde.
Tabagismo	Questionar sobre o uso de tabaco	Em todos os encontros com os pacientes, recomenda-se que os profissionais de saúde perguntem a todos os adultos (incluindo as gestantes) sobre o uso do tabaco e forneçam intervenção para que deixem esse hábito.

Adaptado de: CAB 29 (BRASIL, 2010)

Metas terapêuticas para o perfil lipídico

De acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (SBC, 2023), os objetivos variam conforme o risco cardiovascular de acordo com a Tabela 2 apresentada abaixo:

Tabela 2: Metas para perfil lipídico

Risco cardiovascular	LDL-c (mg/dL)	Não-HDL (mg/dL)
Muito alto	< 50	< 80
Alto	< 70	< 100
Intermediário	< 100	< 130
Baixo	< 130	< 160

Além disso, os níveis de HDL-c devem ser superiores a 40 mg/dL e os triglicerídeos inferiores a 150 mg/dL. Valores elevados de triglicerídeos devem ser avaliados individualmente considerando o risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2023).

Prevenção e medidas não farmacológicas

A prevenção de doenças cardiovasculares passa pela adoção de estilo de vida saudável, incluindo:

- Alimentação equilibrada, com redução de sal, gorduras saturadas e alimentos ultraprocessados.
- Prática regular de atividade física.
- Abandono do tabagismo.
- Controle do peso corporal.
- Acompanhamento periódico da pressão arterial e do perfil lipídico.
- Técnicas de manejo do estresse, como atividades de relaxamento e organização do tempo.

O controle dos níveis lipídicos deve ser baseado em mudanças no estilo de vida, incluindo alimentação saudável, prática de atividade física, manutenção do peso adequado e abandono do tabagismo. Quando essas medidas não são sufi-

cientes, o uso de medicamentos hipolipemiantes, como estatinas, pode ser necessário, sempre de forma individualizada segundo risco cardiovascular e condições clínicas (BRASIL, 2014).

Versão preliminar

12.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doença coronariana e deve ser acompanhada conforme as Diretrizes Nacionais de Hipertensão Arterial. Em mulheres na pós-menopausa, a redução do efeito protetor do estrogênio leva ao aumento da rigidez aórtica, decorrente da maior presença de células musculares lisas e substâncias vasoconstritoras na parede arterial, o que favorece o desenvolvimento de hipertensão arterial sistólica isolada. Nessa fase, observa-se uma transição cardiometabólica caracterizada por maior incidência de hipertrofia ventricular esquerda e risco elevado de disfunção diastólica, quando comparadas às mulheres mais jovens (BRANDÃO, 2025).

Para o tratamento medicamentoso durante e após a menopausa, recomenda-se iniciar a terapia combinando um inibidor do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) com bloqueador de canal de cálcio (BCC) ou diurético tiazídico — este último podendo trazer benefício adicional na prevenção da osteoporose. Quando indicada a terapia hormonal da menopausa, é fundamental monitorar a pressão arterial desde o início; caso não haja controle adequado, a terapia deve ser suspensa. Mulheres com hipertensão controlada e sintomas vasomotores moderados a intensos podem receber terapia hormonal, preferencialmente na forma transdérmica (gel ou adesivos), especialmente na presença de obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus ou síndrome metabólica (BRANDÃO, 2025).

Seguem abaixo as recomendações atuais :

Classificação da PA	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA normal	<120	e	80
Pré-hipertensão	120-139	e/ou	80-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥180	e/ou	110

Recomendações:

Recomenda-se a aferição periódica da pressão arterial em todas as pessoas a partir dos 18 anos de idade, mesmo na ausência de diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Como a HAS é, em geral, uma condição assinto-

mática, o rastreamento deve ser realizado anualmente, com pelo menos duas medidas de pressão arterial obtidas em consultório (BRANDÃO et al., 2025).

1. Medir pressão arterial em todas as consultas, utilizando técnica padronizada.
2. Considerar histórico clínico, sintomas, fatores de risco e danos a órgãos-alvo no seguimento.
3. A prevenção da hipertensão arterial deve ser orientada para o cuidado individualizado, promovendo um estilo de vida saudável que envolva o controle do peso corporal, alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, sono adequado e de boa qualidade, manejo do estresse, consumo moderado de álcool e o fortalecimento de vínculos sociais positivos. Essa estratégia deve ser sustentada por uma atuação multiprofissional e pelo incentivo a políticas públicas voltadas à promoção da saúde.

AF: atividade física; CV: cardiovascular; HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial.

12.4 Sobrepeso e Obesidade

As prevalências de sobrepeso e obesidade e de outras doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) cresceram de maneira importante nos últimos 30 anos. A obesidade, doença crônica e multifatorial, está associada a diversas condições de saúde, como litíase biliar, osteoartrite, alguns tipos de câncer e depressão, aumentando o risco de morte prematura.

Quanto às diferenças entre sexo e idade, a prevalência de obesidade é semelhante entre homens e mulheres até os 40 anos. Entre 40 e 65 anos, no entanto, as mulheres apresentam prevalência aproximadamente duas vezes maior que a dos homens, além de um aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Estudos apontam a transição para a menopausa e o período pós-menopausal como fatores que contribuem para o ganho de peso e o acúmulo de gordura corporal.

A prevalência de obesidade é maior entre mulheres na pós-menopausa do que na pré-menopausa. Esse fenômeno resulta de um processo multifatorial, envolvendo redução do gasto energético associada à menor prática de atividade física, que pode ser agravada por quadros de depressão, além de atrofia muscular e diminuição da taxa metabólica basal. Embora a menopausa por si só não esteja diretamente associada ao ganho de peso, ocorre aumento da gordura corporal total e redistribuição do tecido adiposo para a região central, resultando em obesidade visceral (BRASIL, 2014).

O acúmulo adiposo abdominal, aliada à queda dos níveis de estrogênio, está relacionada a alterações metabólicas adversas, como resistência à insulina, maior propensão ao desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, caracterizada por níveis elevados de triglicerídeos, baixos níveis de colesterol HDL e maior frequência de partículas pequenas e densas de LDL. A alteração na secreção de adipocinas, que promove inflamação crônica, é um possível mecanismo que conecta a obesidade abdominal às suas consequências metabólicas (BRASIL, 2014).

Dessa forma, a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são essenciais para a promoção da saúde, redução da morbimortalidade, aumento da longevidade e melhoria da qualidade de vida, com impacto positivo nas relações sociais e na autoestima das mulheres.

Avaliação do excesso de peso

O índice de massa corporal (IMC) permanece como a principal medida para avaliação do excesso de peso em adultos, sendo complementado, quando necessário, pela circunferência da cintura, que identifica o risco associado à distribuição de gordura abdominal. O padrão de distribuição do tecido adiposo em adultos está relacionado diretamente ao risco de morbimortalidade, e a avaliação da circunferência da cintura permite identificar mulheres com maior risco metabólico, reforçando a necessidade de acompanhamento individualizado e intervenções precoces.

O controle do peso corporal é essencial para reduzir o risco cardiovascular. O IMC ideal situa-se entre 18,5 e 24,9 kg/m², e a circunferência abdominal deve ser inferior a 80 cm. Valores superiores estão associados ao aumento do risco, especialmente quando há acúmulo de gordura abdominal.

Tabela 3: Classificação de sobrepeso e obesidade pelo IMC segundo a WHO

IMC (Kg/m2)	Diagnóstico Nutricional
<18,5	Baixo peso
18,5 – 24,9	Adequado ou eutrófico
25 – 29,9	Sobrepeso
30–34.9	Obesidade I
35–39	Obesidade II
≥ 40	Obesidade III

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021

Tabela 4. IMC para pessoas acima de 60 anos.

IMC (Kg/m2) Diagnóstico Nutricional	Diagnóstico Nutricional
≤ 22	Baixo peso
>22 e <27	Adequado ou eutrófico
≥ 27	Obesidade

Fonte: Ministério da Saúde 2022

Vale lembrar que na pós menopausa tardia, na pessoa acima de 60-65 anos, a identificação do excesso de peso associado a sarcopenia é fundamental na avaliação e acompanhamento da equipe de saúde. O processo de aplicação de instrumentos de saúde (SARC-F) de mensuração de funcionalidade, testes funcionais (força de preensão, velocidade de marcha entre outros) podem ser incorporados na equipe de saúde, se houver demanda no território. Assim, o acolhimento de queixas funcionais e de desempenho de força, verificação de alimentação (avaliação de ingestão proteica) bem como estabelecer critérios de encaminhamento para rede especializada (geriatria/ fisioterapia) podem ser um início de coordenação de cuidado de uma condição - sarcopenia e obesidade - que aumenta morbimortalidade (VALENTE; MAGALHÃES; ALEXANDRE, 2022).

Promoção da alimentação saudável

Uma alimentação adequada e saudável inclui refeições preparadas com alimentos variados, considerando tipos e quantidades apropriadas a cada fase do curso da vida. As refeições devem ser coloridas e saborosas, tendo como base preparações culinárias compostas por alimentos **in natura** e minimamente processados, articulando equilíbrio, moderação, satisfação e sustentabilidade.

O Guia Alimentar para a População Brasileira é a principal diretriz brasileira para orientar os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável em todas as fases da vida, fornecendo diretrizes práticas para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Estratégias de manejo

- Medir circunferência da cintura e IMC em cada consulta.
- Incentivar hábitos saudáveis: dieta equilibrada e prática regular de atividade física.
- Apoiar redução de peso em mulheres com hipertensão, dislipidemia, diabetes ou histórico familiar de doenças cardiovasculares.

Integração das ações de prevenção

A prevenção da obesidade na mulher em transição menopausal requer abordagem integrada, incluindo:

- Avaliação regular de fatores de risco (peso, circunferência abdominal, perfil lipídico e pressão arterial).
- Educação em saúde para adoção de hábitos saudáveis.
- Intervenções farmacológicas individualizadas, quando necessário.
- Monitoramento contínuo, garantindo acompanhamento de curto e longo prazo.

12.5 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus (DM) é um fator de risco significativo para doenças cardiovasculares (DCV), especialmente em mulheres. Estudos indicam que mulheres com DM apresentam risco cardiovascular aumentado, comparável ao dos homens da mesma faixa etária. Além disso, o DM tipo 2 é frequentemente associado a outros fatores de risco, como hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade, que contribuem para o desenvolvimento de aterosclerose e eventos cardiovasculares (BRASIL, 2014; FEBRASGO 2022).

Tipos de Diabetes Mellitus

- **Tipo 1:** Caracteriza-se pela deficiência absoluta de insulina devido à destruição autoimune das células beta pancreáticas. Mulheres jovens com DM tipo 1 podem apresentar menarca tardia, ciclos menstruais irregulares e menopausa precoce.
- **Tipo 2:** Resulta da resistência à insulina e disfunção das células beta. É responsável por aproximadamente 90% dos casos de DM. Embora interfira nos níveis dos hormônios sexuais, na gordura abdominal e no metabolismo da insulina, não parece afetar a idade da menopausa.

Controle do Diabetes Mellitus

Objetivos

- **Para a população em geral:** Glicemia de jejum <110 mg/dL (com tendência para redução para <100 mg/dL).
- **Para pessoas com diabetes:**
 - Glicemia pré-prandial: 80–120 mg/dL.
 - Glicemia antes de deitar: 100–140 mg/dL.
 - Hemoglobina glicada (HbA1c): <7%.
 - Pressão arterial: <130/80 mmHg.
 - LDL-colesterol: <100 mg/dL se houver antecedente de DCV; <130 mg/dL se não houver.
 - Triglicerídeos: <150 mg/dL.

Recomendações

4. Solicitar a glicemia de jejum como rotina para mulheres com fatores de risco para DM.
5. Promover uma dieta balanceada e orientar a prática regular de atividade física.
6. Controlar fatores de risco associados, como hipertensão, sobrepeso e obesidade.
7. Monitorar glicemia e HbA1c nas avaliações de rotina.
8. Instituir farmacoterapia com hipoglicemiantes orais ou insulina, quando necessário.

Prevenção e Promoção da Saúde

Desde a infância, é essencial evitar o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos simples, que podem levar ao aumento da glicemia e sobrecarga pancreática. Isso pode resultar em resistência à insulina e, eventualmente, no desenvolvimento de DM tipo 2. A adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física são fundamentais na prevenção e controle do diabetes, além de contribuírem para a redução do risco cardiovascular (BRASIL, 2014).

12.6 Saúde Mental

Durante a transição para a menopausa, a queda progressiva e flutuante dos hormônios ovarianos, especialmente estrogênio e progesterona, afeta o sistema nervoso central, influenciando neurotransmissores como serotonina, dopamina e noradrenalina, que regulam humor, sono e cognição. Essa redução hormonal aumenta a vulnerabilidade a sintomas depressivos, irritabilidade, ansiedade e alterações do sono.

A instabilidade hormonal da perimenopausa pode provocar desequilíbrios neuroquímicos, afetando a regulação emocional e a resposta ao estresse, sendo mulheres com histórico de transtornos de humor mais suscetíveis. Fatores biológicos, psicossociais e contextuais podem amplificar esses efeitos, destacando a importância de uma abordagem integral e individualizada da saúde mental nesse período (BROWN et al., 2014). Rever capítulo 4 para aprofundar-se em aspectos biopsicossociais.



Figura 1: Fatores que aumentam ou diminuem o risco de sintomas depressivos. Fonte adaptada de: BROWN, Lydia et al. Promoting good mental health over the menopause transition,2024.

Principais queixas relacionadas à saúde mental na menopausa

Mudanças de humor podem ser um dos primeiros sinais da perimenopausa. Reconhecer que fazem parte do conjunto de sintomas desse período permite abordar o tema de forma aberta com as pacientes. Como esses sintomas são subjetivos e influenciados por estilo de vida, condições socioeconômicas e eventos estressantes, é importante explicar que podem resultar da interação entre flutuações hormonais e fatores da vida cotidiana. Em vez de apenas dizer “são sintomas da menopausa e vão passar”, é fundamental investigar mais profundamente essas queixas e identificar mulheres com maior risco de transtornos de humor ou ansiedade, garantindo acompanhamento adequado (BROWN et al, 2024). Abaixo seguem algumas das principais queixas relacionadas à saúde mental na menopausa:

- Irritabilidade
- Labilidade emocional
- Aumento de preocupações e ansiedade
- Dificuldade na concentração
- Distúrbios do sono, insônia
- Não se sentir como si própria
- Dificuldade em sentir prazer
- Desmotivação
- Névoa mental - dificuldade em encontrar palavras

Queixas como fogachos, irritabilidade e névoa mental são comuns na transição menopausal e requerem avaliação detalhada pelo profissional de saúde. É fundamental ouvir os sintomas, explicar sua relação com as alterações fisiológicas e oferecer ferramentas de cuidado, considerando tanto intervenções gerais quanto o encaminhamento de pacientes com sofrimento mental que necessitem de atenção especializada (BMJ, 2022).

Avaliação e Diagnóstico na APS

Oferecer escuta ativa e abordagem acolhedora permite validar o sofrimento da mulher na transição menopausal sem patologizar suas experiências. Apesar de sintomas comuns, cada vivência é única, influenciada por histórico emocional,

estilo de vida e fatores estressores. Registrar e conectar as queixas ajuda a tranquilizar a paciente, mostrando que podem fazer parte do processo da menopausa.

A saúde mental durante a transição para a menopausa é influenciada por múltiplos fatores. Entre os fatores de risco psicossociais destacam-se problemas financeiros, desemprego, suporte social insuficiente, eventos estressantes, experiências adversas na infância, traumas, pertencimento a grupos étnicos minoritários, IMC elevado, neuroticismo, tabagismo e sedentarismo (BM), 2022).

Fatores relacionados à menopausa também desempenham papel relevante. Mulheres que passam por menopausa cirúrgica, especialmente com ooforectomia bilateral, ou menopausa prematura apresentam maior risco de sintomas depressivos, devido às mudanças abruptas nos hormônios e a comorbidades ginecológicas. A duração prolongada da transição menopausal e a presença de sintomas vasomotores — como fogachos — e distúrbios do sono aumentam a vulnerabilidade, pois os sintomas noturnos podem intensificar alterações de humor e reduzir a qualidade de vida.

Aspectos culturais e psicossociais influenciam ainda a percepção da menopausa. **Expectativas negativas sobre esse período ou sobre o envelhecimento, muitas vezes reforçadas por mídias e discursos midiáticos, podem amplificar sintomas depressivos e ansiedade.** A escuta ativa e abordagem integral permitem identificar mulheres em maior risco e oferecer estratégias de cuidado, incluindo manejo de sintomas, suporte psicossocial e intervenções terapêuticas individualizadas (BM), 2022; BROWN et al, 2024).

Cerca de 70% das mulheres apresentam sintomas vasomotores durante a transição menopausal, sendo que em 30% os sintomas são graves, comprometendo significativamente a qualidade de vida. Fatores predisponentes, como ansiedade e atitudes negativas em relação à menopausa, podem intensificar a percepção e o impacto desses sintomas sobre o humor e o funcionamento diário. Por isso, é fundamental explicar fisiologicamente a menopausa, incluindo o início, a duração e a transitoriedade dos sintomas, para reduzir a angústia e facilitar o manejo adequado. (NAPPI et al., 2021)

Diagnóstico

A abordagem ao diagnóstico e tratamento dos sintomas depressivos e da depressão maior durante a transição da menopausa deve refletir a mesma abordagem em outras fases da vida. Dado que a transição da menopausa é um período de risco para a recorrência da depressão maior, mulheres com experiência prévia desta condição necessitam monitoramento vigilante durante esta fase da vida.

Embora a transição da menopausa não seja um período de risco para o primeiro transtorno depressivo maior na vida, as diretrizes do Reino Unido recomendam estar alerta à depressão durante a vida adulta e considerar o rastreamento. Durante a transição para a menopausa, profissionais de saúde devem considerar os fatores de risco para transtornos mentais, incluindo história prévia, e ambos os fatores de risco psicossociais estabelecidos e relacionados com a menopausa (BROWN et al, 2024).

Tabela 5: Fatores de risco e fatores protetores para desenvolvimento de depressão ou ansiedade na menopausa

Fatores de risco maiores	Fatores de risco menores	Fatores protetores
Sintomas vasomotores	Ausência de apoio social	Suporte social positivo
Histórico de transtorno depressivo maior	Estado civil: solteira ou divorciada	Terapia hormonal da menopausa
Neuroticismo	Percepção negativa sobre envelhecimento e menopausa	Aconselhamento, psicoterapia
Eventos estressantes	Histórico de síndrome pré menstrual, transtorno dismórfico	Estilo de vida saudável, incluindo exercícios
Baixo status financeiro educacional		Meditação, atenção plena

Fonte adaptada de: NORMALISING menopause. *BMJ*, v. 377, 2022.

As evidências emergentes sugerem que, entre as mulheres com risco elevado, as intervenções psicossociais podem prevenir os sintomas depressivos durante a transição da menopausa.

Estratégias Terapêuticas no Cuidado Integral

Identificar fatores modificáveis é essencial para informar intervenções preventivas:

- O manejo dos sintomas vasomotores intensos que geram perda de qualidade de vida e dos distúrbios do sono pode reduzir o risco de sintomas depressivos e possivelmente de transtorno depressivo maior. Intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes para sintomas vasomotores deveriam estar amplamente disponíveis.

- Informações baseadas em evidências que promovam atitudes mais positivas ou neutras em relação ao envelhecimento e à menopausa

- O aumento do apoio social e da atividade física são outras metas potencialmente modificáveis.

- A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma intervenção comprovada para depressão e ansiedade em todas as fases da vida e é eficaz para distúrbios do sono e para sintomas vasomotores. A TCC é especificamente recomendada pelas diretrizes do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE) do Reino Unido para humor deprimido durante a menopausa. As diretrizes da Sociedade Norte-Americana de Menopausa de 2023 também recomendam a TCC para sintomas vasomotores incômodos (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2015).

Os transtornos depressivos durante a transição da menopausa devem ser tratados como em qualquer outra fase da vida, dentro de uma estrutura personalizada que considere a história prévia, a sensibilidade hormonal e os fatores psicossociais e relacionados à menopausa na causa, recorrência e manutenção dos sintomas.

As opções eficazes para o transtorno depressivo maior incluem psicoterapia e antidepressivos. A psicoterapia pode ser particularmente útil quando os sintomas são causados ou exacerbados por fatores de estresse exógenos, incluindo eventos de vida e transições de papéis comuns em mulheres de meia-idade.

Antidepressivos selecionados, incluindo inibidores seletivos da recaptação da serotonina e inibidores da recaptação da serotonina-noradrenalina, podem conferir benefícios adicionais ao tratar a depressão e os sintomas vasomotores. Pacientes em tratamento para depressão com essas medicações potencialmente não referem sintomas vasomotores pois os mesmos são tratados com essas terapêuticas.

A duração do tratamento com antidepressivos para transtorno depressivo maior durante a transição da menopausa não foi estudada e, portanto, são recomendadas diretrizes padrão de duração do tratamento.

Para as pessoas que sofrem de transtorno depressivo maior à medida que se aproximam da transição da menopausa, deve-se considerar a continuação dos antidepressivos devido ao risco aumentado de recorrência.

A Terapia Hormonal não é um tratamento aprovado para sintomas depressivos ou transtorno depressivo maior pelas agências reguladoras na Europa, nos EUA, ou no Brasil, devido a evidências insuficientes de eficácia.

A Terapia Hormonal melhora os sintomas depressivos concomitantes em pacientes com sintomas vasomotores incômodos, mas não é uma abordagem primária para sintomas depressivos na ausência de sintomas vasomotores.

Promoção de saúde mental

É importante promovermos a conscientização de grupos e indivíduos em risco de problemas de saúde mental durante a transição da menopausa e alertar contra a atribuição automática de humor deprimido ou outros sintomas ou distúrbios de saúde mental à menopausa.

Esta suposição é potencialmente prejudicial, pois cria expectativas negativas que reforçam estereótipos sobre a menopausa e o envelhecimento.

Um inquérito realizado a mais de 7000 mulheres europeias e australianas de meia-idade concluiu que cerca de metade (48% das entrevistadas europeias e 56% das entrevistadas australianas) estavam preocupadas com a gestão da meno-

pausa e que a maioria não se sentia “muito bem apoiada” em termos dos seus sintomas durante a transição da menopausa. ((BM], 2022).

Para as pessoas em risco de sintomas depressivos durante a transição da menopausa (figura 1), pode ser benéfico abordar os fatores de risco modificáveis, tais como alterações do sono, sintomas vasomotores e exposições ao estresse, promovendo simultaneamente atitudes mais positivas em relação à menopausa e ao envelhecimento.

De acordo com dados da ONU, 90% das pessoas têm preconceitos de gênero contra as mulheres. As opiniões desatualizadas sobre a menopausa podem ser tanto uma causa como uma consequência dos preconceitos de gênero.

É relevante promover a equidade e a segurança de gênero ao longo da vida, uma vez que as adversidades no início da vida são um poderoso preditor da saúde mental na meia-idade. Deve-se incentivar que as mulheres façam parte de organizações coletivas capazes de discutir estratégias para enfrentamento das desigualdades de gênero, do racismo, da violência doméstica, da violência sexual e pautar condições de trabalho dignas; visto que a saúde mental está intimamente ligada a todos esses aspectos.

A meia-idade é frequentemente um período de baixo bem-estar tanto para homens como para mulheres e, portanto, uma potencial janela de oportunidade para dar prioridade à otimização da saúde mental.

CUIDADOS E VIGILÂNCIA



13 Câncer na transição para menopausa e pós menopausa

13.1 Epidemiologia do Câncer no Brasil

No Brasil, o câncer é a segunda principal causa de morte, superando as doenças cardiovasculares em algumas cidades mais desenvolvidas. A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer busca reduzir a incidência, mortalidade precoce e melhorar a qualidade de vida. Nesse sentido, o diagnóstico precoce e a atuação da Atenção Primária à Saúde são fundamentais (INCA, 2023).

Estima-se que para cada ano do triênio 2023-2025 ocorram, no Brasil, cerca de 704 mil novos casos de câncer, considerando todos os tipos. Os tumores mais incidentes na população geral, excluindo os de pele não melanoma, são: mama feminina (73.610 casos), próstata (71.730), cólon e reto (45.630), pulmão (32.560) e estômago (21.970). Esses números refletem a magnitude da doença como problema de saúde pública e reforçam a necessidade de estratégias de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce (INCA, 2023).

Entre as mulheres, o câncer de mama é o mais incidente, seguido pelo câncer do colo do útero, que ocupa a terceira posição geral e apresenta importante desigualdade regional, sendo mais frequente nas Regiões Norte e Nordeste. Além disso, o câncer colorretal e o de pulmão também figuram entre os mais prevalentes nesse grupo, associados tanto a fatores de risco modificáveis, como tabagismo, obesidade e dieta inadequada, quanto ao envelhecimento populacional. (INCA, 2023).

Esses dados do INCA evidenciam a relevância de políticas de saúde voltadas para o diagnóstico precoce, em especial do câncer de mama e do colo do útero, considerando sua alta incidência e impacto na mortalidade feminina. A atuação da Atenção Primária à Saúde é estratégica para reduzir desigualdades regionais e garantir acesso ao rastreamento, acompanhamento e tratamento oportuno, fundamentais para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida das mulheres.

13.2 Detecção Precoce de Neoplasias Malignas na transição para Menopausa e Pós-menopausa

O acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento do câncer é um desafio para o SUS, por isso medidas que buscam apoiar a APS na identificação de sinais e sintomas, no encaminhamento ágil e na organização dos fluxos assistenciais, são essenciais. Esse enfoque é particularmente importante na transição para a menopausa e pós-menopausa, período em que aumentam os riscos de neoplasias como câncer de mama, endométrio e colo do útero. A detecção precoce, associada ao cuidado integral, é essencial para reduzir a morbimortalidade e garantir qualidade de vida às mulheres nessa fase (BRASIL,2021).

A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer e a Organização Pan-Americana da Saúde (2023) definem como pilares da oncologia a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, acesso ao tratamento e cuidados paliativos. A detecção precoce busca aumentar as chances de cura e melhorar o prognóstico, por meio do rastreamento de pessoas assintomáticas, quando organizado, e do diagnóstico precoce em casos com sinais e sintomas de câncer em estágios iniciais.

13.3 Câncer de mama

O câncer de mama representa a neoplasia mais frequente entre as mulheres, tanto no Brasil quanto globalmente. Sua ocorrência tende a crescer com o avanço da idade, tornando-se mais comum após os 50 anos. No entanto, é importante destacar que também pode acometer mulheres em idade mais jovem, ainda na fase pré-menopausal, geralmente apresentando evolução mais agressiva nesses casos. O diagnóstico precoce é fundamental, pois aumenta significativamente as chances de cura e melhora o prognóstico (BRASIL, 2021, INCA 2023, OPAS 2023).

Sabe-se que a modalidade de rastreamento do câncer de mama é oportunista, baseada na demanda própria da pessoa ou solicitada pelo profissional de saúde baseada na recomendação do Ministério da Saúde.

A mamografia é considerada pelo INCA o exame padrão para o rastreamento de lesões não palpáveis, principalmente na faixa etária e periodicidade recomendadas. A recomendação do INCA é que a mamografia de rastreamento seja oferecida às mulheres de 50 a 69 anos, uma vez a cada dois anos. Para mulheres com risco habitual, o uso de outros métodos como ultrassonografia, ressonância magnética ou tomossíntese não é recomendado como estratégia de rastreamento (INCA, 2021).

A FEBRASCO sugere que, para mulheres com risco habitual, o rastreamento do câncer de mama seja iniciado aos 40 anos. A mamografia é o exame recomendado, com periodicidade anual (se estiver normal). O rastreamento do câncer de mama pode ser interrompido quando a expectativa de vida for menor que sete anos ou quando não houver condições clínicas para o diagnóstico ou tratamento de uma mulher com exame alterado (FEBRASCO, 2023).

O Ministério da Saúde anunciou recentemente a ampliação do rastreamento mamográfico para mulheres a partir dos 40 anos. Essa decisão se baseia no fato de que a faixa etária de 40 a 49 anos concentra cerca de 23% dos casos de câncer de mama, e o diagnóstico precoce aumenta significativamente as chances de cura. Para mulheres entre 40 e 49 anos, a indicação do exame será individualizada, mediante decisão compartilhada entre usuária e profissional de saúde. **Essa abordagem considera o risco pessoal, as preferências e valores da paciente, bem como a adequada compreensão dos potenciais benefícios, antecipação diagnóstica e redução da necessidade de terapias invasivas, e das possíveis limitações, como**

maior taxa de resultados falso-positivos, biópsias desnecessárias, sobre diagnóstico e impacto psicológico decorrente da ansiedade (BRASIL, 2025).

O rastreamento bienal permanece obrigatório para mulheres de 50 a 69 anos, faixa etária em que há maior evidência de benefício populacional. Adicionalmente, a política amplia a cobertura até os 74 anos, considerando a expectativa de vida e a possibilidade de impacto positivo na redução da mortalidade por câncer de mama neste grupo (BRASIL, 2025).

De acordo com o MANUAL DE DIAGNÓSTICO PRECOCE (ALTA SUSPEIÇÃO) EM ONCOLOGIA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (2025) o profissional da APS deve suspeitar deste câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns (MIGOWSKI et al., 2018):

- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo, em mulheres adultas de qualquer idade;
- Nódulo mamário que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- Pele em casca de laranja ou retração na pele da mama;
- Presença de linfadenopatia axilar normalmente endurecida, podendo ser fixa ou móvel. Outras cadeias de linfonodos supra ou infraclavicular também podem estar acometidas em doenças avançadas;
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja ou vermelhidão; ou mudança no formato do mamilo (ex.: retração unilateral); ou
- Mastite ou inflamação que não melhora depois de um curso adequado de antibiótico.

Fatores de risco que exigem mais a atenção da equipe para câncer de mama (INCA, 2015; BRASIL, 2021; MIGOWSKI et al., 2018; BRASIL, 2018)

- Menarca precoce (antes dos 12 anos)
- Menopausa tardia (após os 55 anos)

- Nuliparidade (nunca ter tido filhos)
- Primeira gestação após os 30 anos
- Não ter amamentado
- Uso prolongado de terapia hormonal combinada (estrogênio + progestagênio) mais de 5 anos e sem acompanhamento
- Fatores genéticos e familiares: histórico familiar de câncer de mama, principalmente em parentes de primeiro grau; presença de mutações genéticas como BRCA1 e BRCA2; Síndromes genéticas (ex: síndrome de Li-Fraumeni)
- Fatores pessoais e antecedentes médicos: História pessoal de câncer de mama ou doenças benignas proliferativas da mama
- Densidade mamária aumentada (detectada em mamografia)
- Exposição prévia à radiação torácica (especialmente antes dos 30 anos)
- Estilo de vida e fatores ambientais: Obesidade, especialmente na pós-menopausa
Sedentarismo Consumo excessivo de álcool
- Dieta pobre em fibras e rica em gorduras saturadas
- Tabagismo (associado a risco aumentado em alguns estudos)
- Etilismo
- Idade: O risco aumenta progressivamente com a idade. A maioria dos casos ocorre após os 50 anos.

Mulheres de Alto Risco para Câncer de Mama (INCA, 2015; MS, 2021)

Mulheres consideradas de alto risco para câncer de mama apresentam, em geral, fatores genéticos e hereditários importantes, como a presença de mutações associadas ao desenvolvimento da doença. Entre as principais estão as mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, além de alterações menos comuns, como em TP53, PALB2 e CHEK2. O risco também se eleva quando há parentes de primeiro grau com essas mutações, mesmo que a mulher ainda não tenha sido testada geneticamente. Uma história familiar forte, caracterizada por vários casos de câncer de mama ou ovário, especialmente em idades jovens (antes dos 50 anos), ou a ocor-

rência de câncer de mama bilateral ou em homens da família, também são indicativos relevantes de risco elevado.

A história pessoal da mulher é outro fator determinante. Mulheres que já tiveram câncer de mama, principalmente quando diagnosticado em idade jovem ou com características de tumor triplo negativo, apresentam risco aumentado. Além disso, a presença de lesões mamárias de alto risco identificadas em biópsias anteriores, como hiperplasia atípica ductal ou lobular e carcinoma lobular *in situ* (CLIS), também contribui para essa classificação de risco elevado.

Aspectos relacionados à história reprodutiva e à exposição hormonal devem ser considerados. A exposição prolongada a estrogênios, resultado de uma combinação de menarca precoce, menopausa tardia e nuliparidade, está associada ao aumento do risco. O uso prolongado de terapia hormonal combinada na pós-menopausa também eleva essa possibilidade. Além disso, mulheres que foram expostas à radioterapia torácica antes dos 30 anos, especialmente aquelas tratadas para linfoma de Hodgkin, apresentam um risco significativamente maior de desenvolver câncer de mama ao longo da vida.

Importante: diante de forte suspeita clínica de câncer, a pessoa deve ser encaminhada para as linhas de cuidado já estruturadas, que necessariamente incluem exames de imagem e biópsia, conforme os protocolos de acesso aos serviços especializados em oncologia. Disponível em: Protocolo de acesso às ofertas de cuidados integrados na atenção especializada em oncologia: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/pmae/publicacoes/protocolo-de-acesso-as-ofertas-de-cuidados-integrados-na-atencao-especializada-em-oncologia.pdf>

Nos casos em que o câncer de mama é diagnosticado, recomenda-se a utilização de terapias não hormonais para o manejo dos sintomas relacionados à transição para a menopausa e à pós-menopausa. O Capítulo 15 deste Manual apresenta, de forma detalhada, as opções farmacológicas indicadas para esse contexto.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde desempenha um papel fundamental, sendo o espaço privilegiado para o monitoramento contínuo e a orientação segura sobre o uso da TH. Além disso, a oferta de informação qualificada é indispensável para promover um cuidado centrado na mulher, que respeite sua autonomia e favoreça decisões conscientes e compartilhadas sobre seu tratamento e bem-estar.

13.4 Câncer do Corpo Uterino

Epidemiologia

O câncer do corpo do útero é predominantemente uma doença das mulheres após a menopausa com a idade média do diagnóstico em torno dos 60 anos. A incidência tende a aumentar a partir dos 50 anos sendo que apenas 5% dos casos ocorrem antes dos 40 anos, geralmente em nulíparas e frequentemente em estágio inicial (MAKKER et. al., 2021). Em relação ao câncer do corpo uterino no Brasil, foram estimados 6.600 casos para cada ano do biênio 2018-2019, com risco estimado de 6,22 casos a cada 100 mil mulheres (FEBRASGO, 2021).

O adenocarcinoma do endométrio é uma malignidade do revestimento epitelial interno do útero e responde por cerca de 95% dos casos de câncer do corpo do útero, com incidência crescente e mortalidade associada à doença em todo o mundo. A maioria dos casos ocorre entre 65 e 75 anos de idade. O câncer de endométrio (CE) compreende subtipos histológicos e fenótipos moleculares distintos (MAKKER et. al, 2021). A classificação histológica do CE subdivide os tumores nos seguintes tipos histológicos epiteliais: carcinoma endometriode, carcinoma mucinoso, carcinoma seroso, carcinoma de células claras, tumores neuroendócrinos (baixo e alto grau), adenocarcinoma misto, carcinoma indiferenciado e carcinoma desdiferenciado (FEBRASGO, 2021). O CE tipo I é associado com estimulação de estrogênio sem oposição, compreendendo células de baixo grau que são mais comuns e têm um prognóstico favorável e os do tipo II são não estimulados por estrogênio, são menos comuns e têm um prognóstico desfavorável, compreendendo células de alto grau (MAKKER et. al., 2021).

Sarcomas estromais ou mesenquimais são subtipos incomuns que respondem por aproximadamente 3% de todos os cânceres uterinos. Os tipos de tumores estromais ou mesenquimais incluem leiomiossarcoma, sarcoma estromal endometrial, sarcoma uterino indiferenciado (anteriormente chamado de sarcoma endometrial indiferenciado de alto grau), adenossarcoma e neoplasia de células epitelioides perivasculares (PEComa) (NCCN, 2024). O carcinosarcoma uterino possui dois componentes: o epitelial (componente principal) e o sarcomatoso ou mesenquimal (FEBRASGO, 2021).

A taxa de mortalidade para câncer uterino aumentou mais rapidamente do que a taxa de incidência nos últimos anos, o que pode estar relacionado a uma maior taxa de cânceres em estágio avançado, histologias de alto risco e diagnóstico com 65 anos ou mais. Além disso, a incidência de CE está aumentando devido ao aumento da expectativa de vida e obesidade, conhecido fator de risco para a doença. A sobrevivência do câncer uterino é aumentada em pacientes mais jovens, com doença em estágio inicial e com doença de grau inferior (NCCN, 2024).

A disparidade racial e as diferenças socioeconômicas e geográficas são determinantes importantes da incidência e mortalidade de CE. A incidência em 2020 foi de 417.336 casos em todo o mundo, e o CE é o sexto câncer feminino mais comum, sendo mais prevalente em países de alta renda em comparação com países de baixa e média renda. Porém o diagnóstico em estágios avançados do câncer e a redução da sobrevivência são mais comuns em indivíduos de condição socioeconômica mais baixa. Fatores que contribuem para disparidades geográficas e sociais na incidência e mortalidade podem incluir acesso a cuidados de saúde de alta qualidade e densidade de oncologistas (MAKKER et. al., 2021).

Fatores de risco

Os fatores de risco para neoplasias uterinas incluem níveis aumentados de estrogênio (causados por obesidade, diabetes e dieta rica em gordura), anovulação crônica, menarca precoce, nuliparidade, menopausa tardia, idades entre 55 e 64 anos, uso de tamoxifeno, terapia de reposição hormonal com estrogênio sem oposição por progestagênio em mulheres com útero e tumores secretores de estrogênio (NCCN, 2024; NEES, 2022). Em mulheres obesas, uma grande quantidade de tecido adiposo está intimamente associada a níveis locais e circulantes mais altos de estradiol e estrona. Isso pode ser explicado por vários mecanismos, incluindo o aumento na atividade secretora adrenal, a taxa aumentada de conversão de androstenediona em estrona pela enzima aromatase e níveis plasmáticos de globulina de ligação ao hormônio sexual (SHBG) deprimidos nessa população de pacientes (NEES, 2022).

A maioria dos casos de câncer endometrial (95%) é causada por mutações somáticas. Entretanto, outros fatores de risco incluem fatores genéticos como o câncer colorretal hereditário não polipóide (HNPCC ou síndrome de Lynch) (NEES,

2022). Mutações genéticas causam a doença em cerca de 5% das pacientes e são identificados subtipos moleculares clinicamente significativos com prognósticos clínicos diferentes. As pacientes identificadas e de risco devem ser encaminhadas a rede especializada.

Hiperplasia Endometrial

A lesão precursora do adenocarcinoma endometrióide do endométrio, que compreende a maioria dos CE, é a hiperplasia endometrial (HE). A HE é uma proliferação anormal não invasiva do endométrio e está associada a um risco significativo de câncer de endométrio concomitante ou progressão para o mesmo. Os principais sintomas são sangramento uterino anormal em mulheres na pré-menopausa e sangramento vaginal em mulheres na pós-menopausa (NEES, 2022).

O fator de risco mais importante é a exposição crônica ao estrogênio sem oposição pela progesterona. A HE acontece por uma proliferação anormal de glândulas endometriais com uma proporção glandular maior em relação ao endométrio proliferativo saudável, mas sem invasão estromal endometrial. O diagnóstico deve ser baseado na avaliação histológica de uma amostra de tecido que pode ser obtida por biópsia endometrial. O sistema de classificação mais amplamente utilizado é o Sistema de Classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2014, que diferencia entre HE sem atipia (HE benigna) e HE atípica/neoplasia intraepitelial endometrial. Esta distinção é particularmente importante porque o tratamento clínico das duas condições é diferente, dependendo da presença ou ausência de atipia nuclear, que é definida como aumento nuclear com ou sem nucléolos proeminentes. A HE atípica tem muitas semelhanças com o carcinoma endometrióide do endométrio no nível molecular e estudos sugerem um risco de CE concomitante em até 50% das pacientes com HE atípica (NEES, 2022).

Quadro Clínico

Cerca de 90% das pacientes com CE apresentam sangramento uterino anormal da transição para menopausa ou sangramento pós-menopausa, mais comumente no período pós-menopausa, podendo ocorrer associação com leucorréia e piométrio (NCCN, 2024; MORICE et. al., 2016). Pacientes na pré-menopausa ou

na perimenopausa apresentam sangramento intermenstrual ou menstruação prolongada e frequentemente têm antecedentes de menstruação irregular, disfuncional, que sugere anovulação (FEBRASGO, 2021). As pacientes com doença avançada podem apresentar sintomas semelhantes às aquelas com câncer ovariano avançado, tais como dor abdominal ou pélvica, distensão abdominal, constipação ou diarreia (MAKKER et. al, 2021; MORICE et. al., 2016).

Rastreamento

Atualmente não há teste de rastreamento validado para câncer de endométrio (corpo uterino) e não existem evidências de benefício do rastreamento em mulheres de risco habitual. **Assim, a valorização dos sintomas de sangramento na pós menopausa e o sangramento uterino anormal na transição para menopausa, em pacientes de risco e com difícil controle clínico, deve ser um sinal de suspeita e a propedêutica complementar deve ser indicada.**

Todavia, a propedêutica complementar rotineira em mulheres assintomáticas com ultrassonografia transvaginal (USTV) não é recomendada e pode resultar em exames adicionais desnecessários, dolorosos e com riscos de infecção e sangramento. Recomenda-se que as mulheres, particularmente as obesas, devem ser informadas sobre o risco de CE, e orientadas a procurar assistência médica em caso de sangramento uterino anormal no período da perimenopausa (NCCN, 2024; INCA, 2025) e sangramento de pós menopausa.

Diagnóstico

A investigação padrão para determinar a causa do sangramento frequentemente apresentado por mulheres com câncer de corpo uterino compreende exame clínico, ultrassonografia pélvica e biópsia endometrial. Mulheres em uso de terapia hormonal (TH) combinada na transição para menopausa devem ser avaliadas quando apresentarem sangramento não programado². Mulheres com os sintomas anteriormente descritos devem ser submetidas à anamnese completa e aos exames físico e ginecológico, incluindo exame especular para a visualização do colo uterino e da vagina (MAKKER et. al, 2021).

A USG TV com a medida da espessura da linha endometrial é o exame complementar inicial. Em pacientes com sangramento pós-menopausa, espessamento endometrial superior a 4 mm deve ser investigado. Se inferior a 4 mm e com ausência de qualquer irregularidade no endométrio, a biópsia de endométrio será necessária se houver recorrência do sangramento e persistência. (FEBRASGO, 2021). **Para mulheres com sangramento em uso de terapia hormonal da menopausa os pontos de corte são específicos para o regime hormonal. Para mulheres em uso de regime combinado contínuo com LE > 4 mm e mulheres em regimes combinados sequenciais com LE > 7 mm deve ser realizada biópsia endometrial, preferencialmente guiada por histeroscopia.** (ROYAL COLLEGE, 2024)

O diagnóstico definitivo é por amostra histológica e na persistência de sangramento, mesmo com USG TV normal, a investigação deve prosseguir (FEBRASGO, 2021). O diagnóstico geralmente é feito por uma biópsia endometrial ambulatorial (aspiração manual intrauterina, Pipelle, cureta de Novak), com uma taxa de falso-negativo de cerca de 10%.

Dessa forma, em caso de biópsia endometrial negativa em paciente sintomático recomenda-se prosseguir a avaliação, por meio de histeroscopia.

A histeroscopia diagnóstica com estudo anatomopatológico é o padrão ouro para avaliar a cavidade endometrial, pode ser útil principalmente em caso de lesões no endométrio, como um pólipó, ou em caso de sangramento persistente ou recorrente (NCCN, 2024). Este exame é realizado em rede especializada.

Exames de imagem, como tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM), e/ou tomografia por emissão de pósitrons (PET/TC) podem ser usados para avaliar a extensão da doença e para avaliar a doença metastática, com base em sintomas clínicos, achados físicos ou achados laboratoriais anormais (NCCN, 2024). Também solicitados em rede especializada.

Conduza nas Hiperplasias

A HE sem atipia constitui uma lesão benigna sem alterações genéticas somáticas significativas causadas por exposição extensa ao estrogênio que não é contrabalançada pelos efeitos protetores dos progestagênios (NCCN, 2024).

Vários aspectos diferentes devem ser considerados no tratamento de HE. Dependendo das características histológicas e do histórico médico do paciente, todos os fatores de risco estabelecidos para progressão para CE ou a presença concomitante da neoplasia maligna devem ser determinados. Além disso, um ginecologista especializado deve ser consultado, dadas as incertezas diagnósticas da diferenciação entre HE sem atipia, HE atípica e CE. A presença ou ausência de atipia nuclear é o fator mais importante para o planejamento e monitoramento terapêutico apropriado (NCCN, 2024).

É crucial remover a fonte de estrogênio excessivo, por exemplo, encorajando a perda de peso em pacientes com IMC a 30kg/m², interrompendo qualquer tipo de terapia com estrogênio sem oposição, tratando a anovulação (por exemplo, em pacientes com síndrome dos ovários policísticos ou pacientes com hiperprolactinemia) ou identificando e removendo tumores secretores de estrogênio. É importante também avaliar a necessidade de contracepção e planejamento reprodutivo em pacientes com HE na pré-menopausa (NCCN, 2024).

As opções de tratamento para HE incluem:

- Conduta conservadora e vigilante, opção para pacientes com HE sem atipia e desejo de preservação da fertilidade e os casos devem ser acompanhados na rede especializada. Lembrar que biópsias endometriais de acompanhamento devem ser realizadas para excluir a progressão para HE atípica ou câncer de endométrio, dado o risco de 5% de progressão ao longo de 20 anos (NCCN, 2024).
- Terapia com progestagênios, especialmente em mulheres na pré-menopausa com HE sem atipia e desejo de preservação da fertilidade, onde a administração de progestagênios deve ser a terapia de primeira escolha. Diferentes tipos de progestagênios e diferentes vias de administração têm se mostrado eficazes no tratamento da HE. O dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (LNG), que libera 20 µg de LNG ao longo de 24 h (LNG 52mg) substituiu as terapias orais como terapia de primeira linha. Nesses casos, as pacientes devem ser acompanhadas na rede especializada.
- Tratamento cirúrgico com histerectomia com ou sem salpingooforectomia bilateral e acompanhamento na rede especializada.

Conduta frente ao diagnóstico de neoplasia maligna de corpo uterino

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasias uterinas malignas devem ser encaminhadas para serviços especializados.

Prevenção

A prevenção primária consiste na redução dos fatores de risco evitáveis, como mudança do estilo de vida, adoção de dieta equilibrada rica em fibras, perda ponderal, cessação do tabagismo e atividade física regular. A prevenção secundária refere-se ao diagnóstico e tratamento das lesões precursoras (HE atípica)², portanto associar os fatores de risco e o sangramento de pós menopausa e ou sangramento uterino anormal da transição menopausal tardia.

Versão preliminar

13.5 Câncer do Colo do Útero

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre as mulheres. Para cada ano do triênio 2023-2025 foram estimados 17.010 casos novos, o que representa uma taxa bruta de incidência de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2022). Na análise regional, o câncer do colo do útero é o segundo mais incidente nas Regiões Norte (20,48/100 mil) e Nordeste (17,59/100 mil) e o terceiro na Centro-Oeste (16,66/100 mil). Já na Região Sul (14,55/100 mil) ocupa a quarta posição e, na Região Sudeste (12,93/100 mil), a quinta posição (INCA, 2022).

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é considerada condição indispensável para o surgimento do câncer do colo uterino, sendo os subtipos 16 e 18 responsáveis por maior prevalência dos casos.

A doença acomete indivíduos com colo uterino que tiveram atividade sexual sem proteção para IST, com maior incidência entre 30 e 50 anos e que apresentam lesão precursora induzida por HPV e persistente. Ressalta-se a importância de diferenciá-la de outras condições que podem apresentar manifestações semelhantes, como infecções sexualmente transmissíveis, pólipos cervicais e o câncer de endométrio. (BRASIL, 2025)

Quadro clínico típico para a alta suspeição no câncer de colo do útero

Segundo o Manual de Diagnóstico Precoce (alta suspeição) em Oncologia, o profissional da APS deve suspeitar deste câncer na presença dos seguintes sinais e sintomas, que são mais comuns

- Sangramento pós-coito;
- Sangramento entre as menstruações;
- Sangramento após a menopausa;
- Dispareunia;
- Corrimento vaginal sanguinolento ou com odor fétido.

Sintomas do câncer avançado:

- Dor pélvica e lombar;
- Fadiga extrema;
- Insuficiência renal;
- Dores e edema de membros inferiores.

Fatores de risco que exigem maior a atenção da equipe (MEKONNEN; MITTIKU, 2023, INCA, 2021):

- Idade precoce de início da atividade sexual;
- Infecção por HPV (principalmente 16 e 18);
- Tabagismo;
- Histórico de lesões precursoras do câncer;
- Multiparidade;
- Uso prolongado de contraceptivos;
- Infecção pelo HIV, imunossupressão ou imunocomprometimento;
- Histórico de outras infecções sexualmente transmissíveis, como herpes genital e clamídia, que podem facilitar a infecção por HPV.
- Indivíduos não vacinados

O Ministério da Saúde recomenda o exame citopatológico como método para o rastreamento de lesões precursoras do câncer de colo do útero (INCA, 2021).

RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Início da coleta do exame citopatológico do colo de útero aos 25 anos para mulheres que tiveram ou têm atividade sexual (com ou sem penetração vaginal) com seguimento anual por dois anos e se negativos, e ampliar intervalo de coleta para cada três anos.

Exames devem seguir até os 64 anos e, naquelas sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Mulheres com mais de 64 anos e que nunca se submeteram ao exame citopatológico do colo de útero, devem realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos negativos, podem ser dispensados de exames adicionais.

Importante: A síndrome geniturinária da menopausa pode estar associada a resultados alterados em exames citopatológicos do colo uterino como “células escamosas atípicas de significado indeterminado” (ASC-US). A utilização de estrogênio tópico/vaginal antes da realização da coleta pode ser recomendada nesses casos.

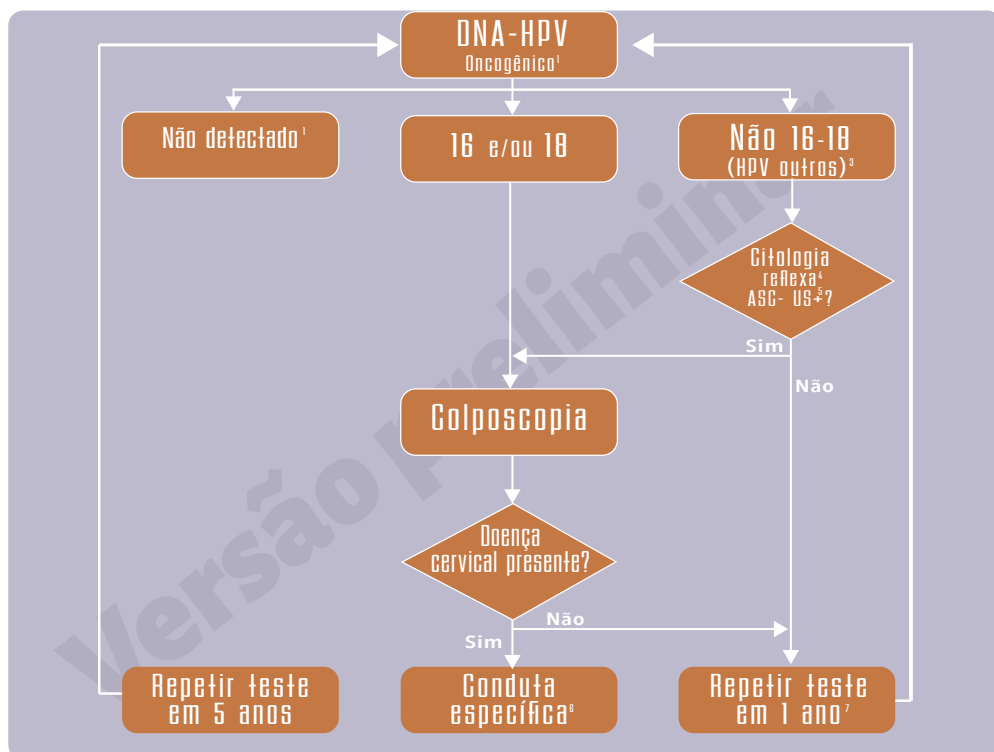
O câncer de colo do útero tem como principal fator etiológico viral a infecção prévia pelo papiloma vírus humano (HPV) sendo os subtipos oncogênicos 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58 mais envolvidos nos cânceres de colo do útero, vulva, vagina e anal. Sabe-se da recomendação de Teste DNA-HPV oncogênico para mulheres com risco habitual (BRASIL, 2025).

Segue recomendações:

- Será recomendada a utilização de teste de DNA-HPV oncogênico com genotipagem parcial ou estendida como método de rastreamento primário para o câncer do colo do útero.
- Não será recomendada a realização da citologia simultaneamente ao teste de DNA-HPV oncogênico (co-teste);

- Será recomendado que a amostra para teste de DNA-HPV oncogênico seja obtida por médico(a) ou enfermeiro(a) ou por autocoleta.

Assim, as pessoas a partir de 25 anos seguindo a recomendação do rastreamento de detecção do HPV-DNA segundo fluxograma abaixo:



Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/r/rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-diretriz-brasileira/view>

O rastreamento do Teste DNA-HPV oncogênico será encerrado quando o último teste acima dos 60 anos apresentar resultado negativo. Realizar o teste acima de 60 anos se não houver um teste prévio. Em casos negativos, o rastreamento deve ser encerrado. Casos positivos deverão ser manejados de acordo com as recomendações para a população de risco padrão.

Mulheres acima de 60 anos e com história prévia de tratamento de NIC2, NIC3 ou carcinoma in situ devem manter o rastreamento pelo Teste DNA-HPV oncogênico enquanto esse for possível e aceitável até 25 anos após o tratamento.

É importante salientar que homens transexuais (pessoas que tiveram o sexo feminino ao nascer, mas que se identificam com o masculino no espectro de gênero) e que não realizaram a remoção cirúrgica dos seus órgãos reprodutivos e, portanto, continuam sob risco de desenvolver alguns tipos de câncer como o do colo do útero, necessitam do mesmo cuidado indicado à população feminina como exames preventivos e imunizações.

Resultados de exames para a alta suspeição (MEKONNEN; MITTIKU, 2023, INCA, 2021):

Achados clínicos e laboratoriais altamente sugestivos ou confirmatórios de câncer do colo do útero. Entre eles estão: alterações macroscópicas observadas no exame especular, como presença de tumorações ou úlceras; resultados de exame citopatológico que indiquem carcinoma epidermóide invasor ou adenocarcinoma, seja in situ ou invasor; biópsias que revelem neoplasia microinvasora ou invasora; além da identificação, também por biópsia, de lesões precursoras como NIC 2 ou NIC 3 que não tenham sido tratadas. (INCA, 2021)

Ações mínimas que a equipe de APS devem fazer (INCA, 2021, BRASIL, 2025)

- Realizar anamnese ampla e exame físico geral com objetivo de buscar outros sintomas ou sinais.
- Realizar exame ginecológico completo (especular, toque).
- Encaminhar para colposcopia com biópsia ou para ginecologia oncológica se existe lesão macroscópica.
- Coletar citopatológico ou teste de detecção do DNA-HPV, conforme disponibilidade local. Atenção, na alta suspeição (presença de lesão macroscópica suspeita) não é necessário aguardar o resultado destes exames, para já realizar o encaminhamento para colposcopia com biópsia.
- Na ausência de lesão macroscópica, encaminhar para colposcopia conforme resultado de citopatologia ou do teste de detecção do DNA-HPV, seguindo as recomendações das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigentes.

- Realizar outras investigações necessárias a depender da história ou dos sintomas com foco em órgãos específicos.
- Ofertar os cuidados sintomáticos necessários e possíveis no contexto da APS até que o encaminhamento seja agendado.

ATENÇÃO: diante da alta suspeição deste tipo de câncer, deve-se encaminhar para as linhas de cuidado organizadas, que incluem obrigatoriamente colposcopia e biópsia, usando os protocolos de acesso aos serviços especializados em oncologia. (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/pmae/publicacoes/protocolo-de-acesso-as-ofertas-de-cuidados-integrados-na-atencao-especializada-em-oncologia.pdf>).

Versão preliminar

13.6 Câncer de Ovário

Epidemiologia

Apesar da menor incidência, quando comparado a outros tipos de câncer, o câncer de ovário é um problema de saúde pública, pois é responsável por importante mortalidade e morbidade em mulheres. Ocupa a 19ª posição entre os tipos mais frequentes de câncer (não considerando os tumores de pele não melanoma), sendo nas mulheres o oitavo câncer mais incidente, e constitui a segunda causa mais comum de morte por cânceres ginecológicos, atrás apenas do câncer do colo do útero (INCA, 2023).

Diversos tipos histológicos compõem o universo dos tumores malignos do ovário. Os tumores epiteliais são os mais frequentes (cerca de 90%), enquanto os tumores germinativos, os tumores mullerianos mistos e tumores do estroma ovariano são mais raros (NCCN, 2024). O câncer epitelial de ovário (CEO) resulta da transformação maligna do epitélio da superfície ovariana, que é contíguo ao epitélio peritoneal, e engloba diversas histologias que diferem em sua origem, patogênese, perfil molecular, fatores de risco para o seu desenvolvimento e prognóstico clínico, sendo a maioria (70%) constituída por tumores malignos serosos e o restante por tumores endométróides, células claras, mucinosos e os não especificados (GAONA-LUVIANO, et. al, 2020; LENGUEL, 2010). A maioria dos casos (>80%) de CEO são diagnosticados em um estágio avançado e a sobrevivência global média em cinco anos é cerca de 49%, atingindo 20% no estágio IV (NCCN, 2024).

Aproximadamente 5 a 10% dos tumores são familiares e três padrões diferentes de hereditariedade foram identificados (câncer de ovário, câncer de ovário e mama e câncer de ovário e colorretal) (INCA, 2023). A incidência dos tumores epiteliais de ovário aumenta com a idade e ocorrem predominantemente na pós-menopausa, com a idade média de 63 anos no diagnóstico, enquanto os tumores germinativos acometem as mulheres mais jovens (INCA, 2023; GAONA-LUVIANO, et. al, 2020).

Fatores de risco

Diferentes fatores de risco têm sido identificados como importantes no desenvolvimento do câncer de ovário, incluindo fatores demográficos, reprodu-

tivos, ginecológicos, hormonais, genéticos e relacionados ao estilo de vida. Esses fatores incluem menarca precoce, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal, aumento da idade, infertilidade, endometriose, síndrome do ovário policístico, uso de dispositivo intrauterino e tabagismo (para carcinomas mucinosos) (GAONA-LUVIANO, et. al, 2020). Existem também evidências indicando que maior índice de massa corporal (IMC) aumenta o risco de câncer de ovário, sendo nutrição, dieta, estilo de vida e atividade física possíveis fatores predisponentes (INCA, 2023; GAONA-LUVIANO, et. al, 2020). Os fatores protetivos incluem multiparidade, uso prolongado de contraceptivos orais, ligadura tubária e salpingooforectomia bilateral (INCA, 2023).

Mulheres com história familiar de câncer de ovário em parentes de primeiro grau apresentam risco três vezes maior para o desenvolvimento da doença. História familiar de câncer de mama também está associada a um risco aumentado de câncer de ovário. Estima-se que 18% dos casos de CEO estejam associados a uma mutação da linha germinativa, sendo a maioria deles atribuível a BRCA1 e BRCA2. Mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 são observadas em até 15% das pacientes com câncer de ovário (INCA, 2023; KUROKI, 2020).

Quadro Clínico

O câncer de ovário é assintomático na maioria das vezes. Os sinais e sintomas são inespecíficos, como distensão abdominal, sintomas urinários como urgência ou aumento da frequência urinária, alguns distúrbios alimentares, saciedade precoce e dor pélvica ou abdominal inespecíficas. A apresentação clínica típica é uma massa anexial no exame pélvico ou de imagem. Essa massa pode produzir sintomas ou pode ser assintomática e ser encontrada incidentalmente em um exame pélvico de rotina ou um estudo de imagem realizado devido a outras indicações clínicas. **Os sintomas ocorrem pelo aumento do volume do tumor com ou sem compressão de estruturas adjacentes e a ocorrência de sintomas normalmente indica estágio avançado da doença** (GAONA-LUVIANO, et. al, 2020).

Os achados do exame clínico sugestivos de malignidade compreendem emagrecimento, massa anexial grande, massa fixa com irregularidades, presença de

nodulações na reflexão reto-uterina, ascite, implante na cicatriz umbilical (sinal de Sister Mary Joseph), edema de membros inferiores (FEBRASGO, 2020).

Rastreamento / Detecção precoce

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer. Nessa estratégia, destaca-se a importância de que a população e os profissionais estejam aptos para o reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos de câncer, bem como o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde (INCA, 2024).

Não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de ovário traga mais benefícios do que riscos e, portanto, até o momento, ele não é recomendado (INCA, 2024; US TASKFORCE, 2018). Vários métodos foram revisados, como o CA-125, a ultrassonografia transvaginal e o exame bimanual, e apesar dos esforços, nenhum deles demonstrou ser eficaz para ser implementado como uma medida pública de rastreamento. Assim, atualmente não existe um programa em saúde pública recomendado para rastreamento do câncer de ovário, o que contribui para que mais de 70% dos casos de CEO sejam diagnosticados em estágios avançados (GAONA-LUVIANO, et. al, 2020; KUROKI, 2020; ZAMWAR, 2022).

Atenção específica deve ser dada aos fatores de risco ou de proteção para malignidade, avaliados na anamnese, como sintomatologia compatível com neoplasia maligna, história familiar de câncer de ovário, intestino ou mama (FEBRASGO, 2020).

Diagnóstico

A avaliação inicial das mulheres com suspeita de câncer de ovário deve incluir anamnese, exame físico. Um exame ginecológico apurado pode detectar aumento de volume dos ovários ou nodulações no fundo de saco reto-vaginal (NCCN, 2024). O exame clínico completo, incluindo avaliação da *performance status*, índice de massa corporal, linfonodos superficiais palpáveis e avaliação do linfedema nas pernas são úteis para caracterizar a paciente. O exame clínico do abdome pode evidenciar sinais sugestivos de malignidade, como ascite, massa palpável abdominopél-

vica, mobilidade, combinados com suas relações anatômicas com o útero, bexiga e retossigmoide avaliados pelo exame vaginal (FEBRASGO, 2020).

A ultrassonografia pélvica e transvaginal (USTV) é propedêutica complementar de fácil acesso e eficaz de avaliar uma massa ovariana. Tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) não são recomendados de rotina na avaliação inicial de massas anexiais. O tamanho e a composição da massa (cística, sólida ou mista), sua bilateralidade, bem como a presença ou ausência de septações, nódulos murais, excrescências papilares ou líquido livre na pelve, devem ser avaliados pela USTV.

A USTV com Doppler colorido pode ser útil para avaliar as características vasculares das lesões na pelve. Os aspectos morfológicos presentes na USTV sugestivos de malignidade englobam paredes e septos irregulares e espessos, projeções papilares, lesões sólidas e ecogenicidade moderada no ultrassom. Grandes massas ovarianas e extra-ovarianas devem ser avaliadas pela abordagem combinada de USTV e transabdominal. Caso a ultrassonografia seja inconclusiva para caracterizar cistos ovarianos, a RM pode ser a opção de segunda linha de exame de imagem. A TC é a melhor abordagem para suspeita de doença extra-ovariana ou para se descartar essa possibilidade⁶. Em algumas situações, a solicitação de exames de imagens mais abrangentes como TC, RM e PET permitem avaliar a extensão de doença abdominal e pélvica (NCCN, 2024).

Estimar o índice de risco de malignidade é essencial na avaliação de uma massa anexial (Tabela 1). A definição baseia-se nas características da imagem, na idade, história pessoal e familiar oncológica, sintomas, achados no exame clínico e níveis de marcadores tumorais. As pacientes são classificadas como alto ou baixo risco de malignidade (FEBRASGO, 2020).

Tabela 1: Estratificação de risco das massas anexiais

Característica	Alto risco	Baixo risco
Idade	>50 anos	<50 anos
História familiar	Presente	Ausente
Sintomas	Persistentes e múltiplos	Ausentes
Achados do exame clínico	Massa grande, fixa irregular, evidência de ascite ou metástase	Não sugestivos de alto risco
Marcadores tumorais	Elevados	Normais
Achados ultrassonográficos	>10 cm, septação espessa, multilocular, ecogenicidade aumentada e/ou mista e/ou componente sólido, excrescência papilar presente	<10 cm, septação ausente ou na (1-2 mm), unilocular, hipocogênico, homogêneo, excrescência papilar ausente

Fonte: FEBRASGO, 2020.

Os exames de imagem são normalmente feitos em conjunto com a medição do CA-125, o melhor biomarcador de proteína única disponível identificado até o momento. Embora não tenha sensibilidade e especificidade para estágios iniciais da doença, com apenas 50% dos CEO em estágio inicial apresentando níveis aumentados de CA-125, e tenha uma especificidade relativamente baixa no geral, ele pode auxiliar na elucidação diagnóstica e ajudar a direcionar opções de tratamento em pacientes com massas ovarianas suspeitas. Na pós-menopausa a dosagem de CA-125 apresenta maior especificidade e valor preditivo positivo do que na pré-menopausa. Isso porque outros distúrbios patológicos benignos ou fisiológicos da fase reprodutiva da mulher, que incluem endometriose, gravidez, cistos ovarianos benignos e doenças pélvicas inflamatórias, também estão associados a níveis aumentados de CA-125 (ZAMWAR, 2022; TIMMERMAN et. al, 2021).

Exames de bioquímica, como hemograma e provas de função hepática e renal, podem ser solicitados para avaliação do estado de saúde geral, para avaliação de quadros clínicos que podem estar associados ao câncer, como anemia, e para avaliação de funções específicas como a plaquetária, importante em caso de sangramento secundário à doença (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2024).

Abordagem de massas anexiais na transição para menopausa e pós menopausa no contexto da Atenção Básica

Em mulheres na pós-menopausa, cistos ovarianos assintomáticos, simples, unilaterais e uniloculares com menos de 5 cm de diâmetro apresentam baixo risco de malignidade. Esses cistos podem ser conduzidos de forma conservadora se níveis séricos normais de CA 125, com reavaliação em 4 a 6 meses. Se estabilidade ou diminuição do tamanho do cisto após 1 ano, essas mulheres podem ser dispensadas do acompanhamento se os níveis de CA125 permanecerem normais, levando também em consideração os desejos da paciente e sua condição física para uma cirurgia. Se presença de sintomas, é necessária avaliação cirúrgica adicional. Se massa anexial complexa suspeita ou persistente é recomendado estimar o risco de malignidade e a paciente deve ser encaminhada para avaliação cirúrgica (FEBRASGO, 2020).

Pacientes na pós-menopausa com elevação dos níveis de CA 125, ultrassonografia com características de malignidade, ascite, massa pélvica nodular ou fixa, ou evidência de metástase abdominal ou a distância devem ser encaminhadas para rede especializada (FEBRASGO, 2020; ACOG, 2016).

Prevenção

Pacientes portadoras de mutação nos genes BRCA1 e BRCA2 apresentam risco aumentado de câncer de mama e de ovário (incluindo câncer de tuba uterina e câncer peritoneal primário). Embora o risco de câncer de ovário seja geralmente considerado menor do que o risco de câncer de mama nessas pacientes, a ausência de métodos de rastreamento e detecção precoce e o prognóstico ruim associado ao câncer de ovário avançado deram suporte à realização de salpingo-oorectomia bilateral redutora de risco (SORR) em pacientes com prole definida ou sem desejo reprodutivo. A SORR está associada a menor risco de câncer do ovário nessas mulheres de alto risco (com mutações genéticas em BRCA1/2) a partir de evidências obtidas em estudos populacionais (NCCN, 2024).

Com base na média etária da ocorrência do câncer de ovário/tuba uterina, a SORR é recomendada entre 35 e 40 anos nas mulheres portadoras de mutação em BRCA1 e entre 40 e 45 anos nas portadoras de mutação em BRCA2, já que o início do câncer de ovário em pacientes com mutação em BRCA2 é em média 8 a 10 anos mais tarde do que em pacientes com mutação em BRCA1. Entretanto, a deci-

são de realizar a SORR é complexa e deve ser tomada idealmente em consulta com um ginecologista oncológico, pois existem tópicos a serem abordados, incluindo impacto na reprodução, impacto no risco de câncer de mama e ovário, riscos associados à menopausa prematura (por exemplo, osteoporose, doença cardiovascular, alterações cognitivas, alterações nos sintomas vasomotores, questões sexuais) e outras condições médicas (NCCN, 2024).

Versão preliminar

13.7 Câncer de Vulva

Epidemiologia

O câncer de vulva é incomum, correspondendo a apenas 4% das neoplasias ginecológicas. O carcinoma de células escamosas (CCE) da vulva, o subtipo mais comum, tem sido tradicionalmente considerado uma doença de mulheres pós-menopáusicas, embora a idade média de incidência tenha diminuído nos últimos anos devido ao aumento das infecções por HPV em todo o mundo. Reforçando essa mudança epidemiológica, podem ser observadas diferenças em termos de incidência atual ou idade de apresentação entre países e regiões; algumas podem ser explicadas por uma prevalência local distinta de HPV ou por outros fatores de risco (por exemplo, distribuição étnica, tabagismo, atrofia ou inflamação, e imunossupressão (OLAWAIYE; CUELLO; ROGERS, 2021).

Um estudo epidemiológico que incluiu 13 países de alta renda, observaram um aumento significativo de 14% na incidência global de câncer de vulva. Esse aumento não foi distribuído uniformemente entre os grupos etários; em mulheres com menos de 60 anos, a incidência global aumentou em 38%, enquanto não houve aumento significativo em mulheres com mais de 60 anos de idade (KANG et al., 2017).

Prevenção

A prevenção primária está diretamente relacionada à vacinação contra o HPV. Assim como ocorre nas lesões cervicais precursoras do câncer do colo do útero, a infecção persistente por subtipos oncogênicos, especialmente o HPV 16, está associada ao desenvolvimento futuro de lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL) e do carcinoma de células escamosas da vulva. Estudos demonstram que a vacinação contra o HPV, introduzida inicialmente para reduzir a incidência de câncer cervical, também tem impacto na diminuição de lesões pré-malignas não cervicais entre mulheres vacinadas que não haviam sido previamente expostas a tipos oncogênicos incluídos nas vacinas. Em alguns ensaios clínicos, a eficácia vacinal ultrapassou 90%. Dados recentes do Registro de Câncer da Noruega reforçam essa perspectiva, indicando redução projetada da incidência de câncer de vulva relacio-

nado ao HPV nas próximas décadas em populações vacinadas (GARLAND et al., 20216, FIGO, 2021; RANTSHABENG et. al, 2017, SERRANO st. al, 2015).

No que se refere à prevenção secundária, ainda não há evidências que justifiquem programas de rastreamento populacional específicos para o câncer de vulva. Contudo, recomenda-se o estímulo ao autoexame em mulheres com líquen escleroso, condição sabidamente associada ao risco aumentado dessa neoplasia. **Da mesma forma, qualquer paciente que apresente sinais ou sintomas suspeitos, como prurido vulvar persistente, lesões pigmentadas ou úlceras irregulares, deve ser prontamente avaliada, e se necessário solicitar avaliação para rede especializada, sendo a biópsia indicada quando necessário.** Além disso, mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais escamosas do colo, vagina ou ânus devem ter a vulva inspecionada durante os exames de seguimento colposcópico (PALUMBO et. al, 20196; HACKER 2009).

A prevenção terciária, por sua vez, baseia-se no manejo adequado das lesões precursoras. O carcinoma de células escamosas vulvar pode surgir por dois principais mecanismos patológicos: o tipo queratinizante, mais comum em mulheres idosas e frequentemente associado ao líquen escleroso ou à neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada (dVIN); e o tipo verrucoso/basaloide, observado em mulheres mais jovens, relacionado à infecção persistente por HPV oncogênicos (tipos 16, 18, 31 e 33), tendo como precursoras as lesões intraepiteliais escamosas. Essas lesões podem ser multifocais e associar-se a alterações semelhantes em outras regiões do trato genital inferior. Infecção pelo HIV e tabagismo também são fatores pre-disponentes reconhecidos (RAKISLOVA et. al, 2017).

A neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada (dVIN) representa menos de 5% das lesões precursoras, mas merece destaque pelo elevado risco de progressão para carcinoma escamoso, pelo intervalo curto até a transformação maligna e pela alta taxa de recorrência, características que a tornam clinicamente mais desafiadora do que a HSIL (21-23).

Diagnóstico

Estudos recentes evidenciam que o atraso no diagnóstico é frequente nesses casos, mesmo entre pacientes encaminhadas com suspeita clínica da doença.

Um levantamento realizado na Alemanha identificou que o tempo médio para confirmação diagnóstica variou de 186 a 328 dias, sendo o equívoco mais comum a interpretação inicial como inflamação vulvovaginal (EUROPEAN SOCIETY OF GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY, 2023).

Para reduzir esse atraso, recomenda-se que toda mulher que apresente queixas vulvares seja submetida a exame clínico detalhado, preferencialmente de forma precoce e com baixo limiar de indicação. O diagnóstico definitivo deve ser realizado por meio de biópsia punch ou incisional da lesão suspeita, evitando-se a excisão inicial, pois a localização do tumor primário é fundamental para o adequado planejamento terapêutico.

Nos casos em que há múltiplas lesões vulvares, recomenda-se que todas sejam biopsiadas individualmente, a fim de descartar doença multifocal, condição que inviabiliza a realização da técnica de SLN. Além disso, por tratar-se de uma neoplasia rara e de manejo cirúrgico complexo, os resultados clínicos, especialmente em relação ao procedimento de SLN, estão diretamente associados à experiência da equipe responsável. Assim, o tratamento deve ser centralizado em centros de referência com alto volume de casos. Evidências europeias indicam que pacientes tratadas em instituições com baixo volume apresentam menores taxas de sobrevivência, reforçando a importância da regionalização do cuidado oncológico (EUROPEAN SOCIETY OF GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY, 2023).

Quando o diâmetro da lesão é igual ou inferior a 2 cm e a profundidade da invasão do estroma não ultrapassa 1 mm na biópsia inicial, o tratamento usual consiste em uma excisão radical ampla, que permite avaliar a profundidade máxima da invasão. Caso nenhuma área da lesão apresente profundidade superior a 1 mm, essa excisão é considerada tratamento definitivo adequado (FIGO, 2021; BHATLA; BEREK, 2021; HACKER et al., 2021).

As investigações complementares incluem: citologia cervical e colposcopia do colo e da vagina, quando aplicável, devido à associação entre cânceres relacionados ao HPV e outras lesões intraepiteliais escamosas; hemograma completo, perfil bioquímico, função hepática e sorologia para HIV; radiografia de tórax; e exames de imagem como tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) de pelve e linfonodos inguinais, especialmente em tumores localmente avançados,

para detectar linfonodos aumentados, erosão óssea ou metástases (Salomão et al., 2020). Além disso, esses exames podem auxiliar no planejamento terapêutico.

Outro recurso diagnóstico é a tomografia por emissão de pósitrons com 18F-fluordesoxiglicose associada à tomografia computadorizada (PET-CT), que apresenta maior acurácia na avaliação do comprometimento linfonodal inguinofemoral em comparação com a TC convencional. Esse exame influencia diretamente o planejamento cirúrgico primário e a dissecação linfonodal, permitindo definir a extensão adequada da cirurgia sem necessidade de biópsia de linfonodo sentinela ou cortes congelados (Salomão et al., 2020; Hacker et al., 2021). O PET-CT também pode ser empregado em tumores maiores, quando há suspeita de doença metastática ou em casos de recorrência, principalmente quando há indicação de exenteração (FIGO, 2021).

O tratamento cirúrgico do carcinoma espinocelular da vulva deve ser individualizado, priorizando-se a cirurgia mais conservadora que assegure a cura da doença. É fundamental considerar separadamente as melhores opções terapêuticas para (1) a lesão primária e (2) os linfonodos inguinais, de modo a maximizar a chance de cura e, ao mesmo tempo, reduzir a morbidade relacionada ao tratamento (BHATLA; BEREK, 2021; HACKER et al., 2021; SALOMÃO et al., 2020).

Tratamento

A avaliação pré-operatória do câncer de vulva deve incluir anamnese detalhada, exame físico completo, identificação de comorbidades e fragilidade da paciente, além de biópsia de todas as áreas suspeitas e revisão anatomopatológica. O exame clínico deve registrar localização e lateralidade da lesão, tamanho, número de focos, distância da linha média, infiltração de estruturas adjacentes e mobilidade, sendo recomendado registro fotográfico ou esquemático. Nos casos avançados, deve-se realizar exame bimanual vaginal e retal, bem como palpação sistemática dos linfonodos inguino femorais. A avaliação ginecológica deve contemplar exame de colo, vagina e ânus, com citologia e teste de HPV (ZAPARDIEL et.al, 2020).

Nas lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL), a excisão cirúrgica é considerada o tratamento de escolha, pois permite a avaliação histológica ade-

quada e a exclusão de invasão oculta. Geralmente, recomenda-se a ressecção com margens de 0,5 a 1 cm. Diversas modalidades terapêuticas podem ser utilizadas, mas a excisão simples, com margem lateral de 5 mm e profundidade de 4 mm, é a mais empregada. Essa abordagem tem como vantagem a confirmação histológica da ausência de invasão; entretanto, a retirada do tecido vulvar pode comprometer a função sexual e causar morbidade psicossocial, especialmente em mulheres jovens (FIGO,2021).

Para preservar a anatomia, técnicas ablativas, como o uso de laser de dióxido de carbono, podem ser consideradas, embora não permitam avaliar invasão microscópica. Outra alternativa menos destrutiva é o uso de imunomoduladores tópicos, como o imiquimode a 5%, particularmente útil em lesões multifocais, pois reduz o risco de cicatrizes e disfunção sexual. Há também evidências moderadas de que o imiquimode e o cidofovir apresentam taxas de resposta semelhantes às do tratamento cirúrgico ou da vaporização a laser após seis meses de seguimento. Contudo, ainda há escassez de estudos que comprovem a eficácia dessas terapias tópicas em mulheres imunocomprometidas. Independentemente da modalidade utilizada e do status das margens cirúrgicas, a taxa de recidiva pode chegar a 30–40%. Por isso, recomenda-se seguimento rigoroso por pelo menos dois a três anos.

O tratamento do câncer de vulva em estágio avançado deve ser individualizado, considerando características do tumor, presença de metástases, comorbidades e fragilidade da paciente. A quimiorradioterapia primária pode evitar cirurgias exenterativas, mas em alguns casos a cirurgia continua sendo necessária. A avaliação deve ocorrer em um contexto multidisciplinar, e técnicas reconstrutivas devem ser planejadas quando o fechamento da ferida for complexo, visando melhores resultados estéticos e funcionais, incluindo preservação da sexualidade (ESGO, 2023, DI DONATO et. al, 2017, CHANG et al, 2026, SLÇUK et. al,2021).

Para o manejo local, recomenda-se excisão radical com margens livres de tumor e extensão superficial para incluir áreas de neoplasia intraepitelial adjacente. Em casos multifocais, cada lesão deve ser tratada separadamente, podendo ser necessária vulvectomy em situações de invasão extensa. A radicalidade da cirurgia deve equilibrar controle oncológico e preservação de estruturas importantes, com re-excisão indicada quando há invasão nas margens cirúrgicas. O acompanhamento em equipe multidisciplinar é essencial para determinar a melhor sequên-

cia e combinação de tratamentos (ESGO, 2023, DI DONATO et. al, 2017, CHANG et al, 2026, SLÇUK et. al, 2021)

Seguimento

As recidivas locais do câncer vulvar ocorrem mais frequentemente nos primeiros dois anos após o tratamento. Por esse motivo, o acompanhamento clínico das mulheres com neoplasias ginecológicas geralmente é realizado a cada 3–6 meses durante os dois primeiros anos, e posteriormente a cada 6–12 meses, até completarem cinco anos após o término do tratamento (HACKER et al., 2021).

As consultas de vigilância devem incluir revisão detalhada de sintomas indicativos de recidiva ou de efeitos adversos do tratamento, além de exame clínico minucioso. Estudos indicam que níveis séricos elevados de antígeno de carcinoma de células escamosas (SCC-Ag) antes do tratamento podem atuar como fator prognóstico independente para sobrevida global e livre de doença em pacientes com câncer vulvar (SALOMÃO et al., 2020). Em grupos selecionados de pacientes, o SCC-Ag pode ser utilizado como marcador tumoral sérico para monitoramento durante o seguimento clínico.

Quadro 2 - Fatores de Risco para neoplasias a serem considerados na história clínica

CÂNCER DE MAMA			CÂNCER DE OVÁRIO	CÂNCER DE ENDOMÉTRIO	CÂNCER DE COLO DO ÚTERO
Ambientais e comportamentais	Pessoais e reprodutivos	Genéticos e hereditários	Genéticos e hereditários	Pessoais e reprodutivos e Familiares	Pessoais e reprodutivos
Obesidade e sobrepeso após a menopausa	Menarca antes dos 12 anos	História familiar de câncer de ovário	História familiar de câncer de ovário	Menarca antes dos 12 anos	Infecção prévia pelo vírus HPV
Sedentarismo	Nuligesta	Câncer de mama na família antes dos 50 anos	História familiar de câncer de mama	Nuligesta	Idade acima de 30 anos com HPV de alto risco detectado
Consumo de álcool	Primeira gestação após os 30 anos	História familiar de câncer de mama em homens	Alterações genéticas previamente identificadas.	Menopausa após os 56 anos	Não ter sido vacinado
Exposição a radiação ionizante	Menopausa após os 56 anos	Alterações genéticas previamente identificadas.		História familiar de câncer de endométrio	Lesão precursoras do câncer de colo do útero
	Histórico pessoal de hiperplasia atípica de mama			Obesidade e Diabetes	IST recorrentes, vida sexual sem preservativo
	história pessoal de violência/vulnerabilidade extrema				história pessoal de violência/vulnerabilidade extrema
				Sangramento de pós menopausa	Presença de doenças imunossupressoras

Adaptado de: Detecção Precoce do Câncer (INCA, 2021)

13.8 Cânceres de Cólon e Reto

Epidemiologia

De acordo com dados AMERICAN CANCER SOCIETY (2024), foram diagnosticados 106.590 novos casos de câncer de cólon e 46.220 casos de câncer de reto nos Estados Unidos, resultando em 53.010 óbitos no total. A incidência de câncer colorretal vem apresentando tendência de declínio desde a década de 1980, reflexo de mudanças nos fatores de risco e da expansão dos programas de rastreamento em indivíduos com 50 anos ou mais.

Entre 2011 e 2019, as taxas de incidência reduziram em cerca de 1% ao ano, porém esse declínio foi observado principalmente em pessoas com mais de 65 anos. Já em adultos entre 55 e 64 anos, as taxas se mantiveram estáveis, enquanto aumentaram de 1% a 2% ao ano na faixa etária abaixo de 55 anos. A mortalidade por câncer colorretal também apresentou queda significativa, passando de 29,2 por 100.000 habitantes em 1970 para 12,8 por 100.000 em 2021, resultado da detecção precoce e dos avanços terapêuticos disponíveis (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2024).

Cerca de 55% dos casos de câncer colorretal nos EUA estão potencialmente relacionados a fatores de risco modificáveis (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2024). Pensando no Brasil, estes dados reforçam a importância da atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) na prevenção e no diagnóstico precoce.

Segundo o Manual de Diagnóstico Precoce (alta suspeição) em Oncologia para APS os principais fatores de risco para suspeição de câncer colorretal são:

Fatores de risco Gerais (INCA, 2021):

- Alimentação rica em ultraprocessados;
- Consumo excessivo de carnes vermelhas e embutidos;
- Obesidade e sobrepeso;
- Sedentarismo;
- Consumo de álcool e tabaco;
- Constipação crônica.

Específicos para câncer de cólon e reto (ARGILÉS ET AL., 2020; CAVESTRO ET AL., 2023, INCA, 2021):

- Doenças inflamatórias intestinais (retocolite ulcerativa, doença de Crohn);
- História familiar de câncer de intestino, adenomas ou síndromes hereditárias (ex.: Síndrome de Lynch);
- História pessoal de pólipos intestinais, câncer de intestino ou doenças inflamatórias intestinais prévias.

Embora o câncer colorretal seja mais frequente a partir dos 50 anos, há aumento expressivo de casos em indivíduos com menos de 45 anos, o que exige atenção redobrada dos profissionais da APS.

Principais sinais e sintomas (MINISTERIO DA SALUD BOGOTÁ, 2017; ARGÉLIS ET AL., 2020; CUESTRO ET AL 2023; CUBBIELA ET AL., 2018, MINISTERIO DA SALUDE CHILE, 2015; NICE, 2023; SCOTTISH GOVERNMENT, 2019):

- Dor abdominal difusa ou localizada;
- Alterações do hábito intestinal (diarreia alternada com constipação);
- Perda de peso sem causa aparente;
- Presença de sangue nas fezes (hematoquezia);
- Anemia ferropriva;
- Episódios de suboclusão intestinal.

Sintomas específicos do câncer de reto (MINISTERIO DA SALUD BOGOTÁ, 2017; ARGÉLIS ET AL., 2020; CUESTRO ET AL 2023; CUBBIELA ET AL., 2018, MINISTERIO DA SALUDE CHILE, 2015; NICE, 2023; SCOTTISH GOVERNMENT, 2019):

- Dor neuropática em região retal;
- Tenesmo retal;
- Sangramento retal;
- Massa palpável em reto.

Sintomas específicos do câncer de canal anal (ROA ET AL., 2021):

- Dor e sangramento anal;
- Úlcera persistente em região anal;
- Prurido local;
- Massa tumoral;
- Incontinência fecal;
- Fístula;
- História de “hemorroida” persistente e sangrante.

Embora não sejam exclusivos do câncer colorretal, alguns sinais e sintomas têm se mostrado importantes indicadores de suspeição e devem ser valorizados durante a avaliação clínica, com o objetivo de promover o diagnóstico precoce. Entre os principais, destacam-se:

- Alterações do hábito intestinal (diarreia ou constipação) associadas à perda de peso inexplicável;
- Anemia em mulheres na pós-menopausa (após exclusão de outras causas);
- Fezes escurecidas, com odor fétido, ou presença de sangue visível;
- Massa abdominal palpável, dor ou desconforto abdominal persistente.

Prevenção e detecção precoce

A mudança de estilo de vida associada à detecção e remoção precoce de pólipos ou ao diagnóstico em estágios iniciais é determinante para reduzir a incidência e melhorar o prognóstico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) recomenda o rastreamento com pesquisa de sangue oculto nas fezes (teste guaiaco ou FIT) para homens e mulheres a partir dos 50 anos, desde que o país disponha de estrutura para confirmação diagnóstica, referência e tratamento.

Nos locais em que essa infraestrutura é limitada, a prioridade deve ser o diagnóstico precoce, com reconhecimento dos sinais e sintomas e encaminhamento rápido ao tratamento. O reconhecimento clínico precoce das manifestações dos

cânceres de cólon e reto é fundamental para garantir investigação diagnóstica oportuna e intervenção terapêutica eficaz.

Exames laboratoriais e de imagem para alta suspeição (MINISTERIO DA SALUD BOGOTÁ, 2017; ARGÉLIS ET AL., 2020; CUESTRO ET AL 2023; CUBBIELA ET AL., 2018, NICE, 2023; PEETERS ET AL., 2014)

- **Pesquisa de sangue oculto nas fezes (guaiaco ou FIT):** resultado positivo, mesmo sem sintomas, deve motivar encaminhamento para colonoscopia. Resultado negativo não exclui diagnóstico em caso de alta suspeição clínica.
- **Colonoscopia:** identificação de pólipos suspeitos, massa tumoral, estreitamento do cólon ou impossibilidade de passagem do colonoscópio.
- **Tomografia de tórax:** nódulo pulmonar suspeito associado a sintomas gastrointestinais.
- **Tomografia de abdômen:** massa em cólon, linfonodos aumentados ou lesões hepáticas suspeitas de metástase.
- **Exames laboratoriais:** anemia ferropriva, alterações de função hepática (principalmente em metástases volumosas) e aumento do marcador tumoral CEA.

Importante: No Brasil, o **Caderno de Atenção Primária nº 29 – Rastreamento (CAB 29)** recomenda que o rastreamento dos cânceres de cólon e reto seja realizado em pessoas de risco habitual entre 50 e 75 anos, utilizando pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia ou sigmoidoscopia. A pesquisa de sangue oculto deve ser feita anualmente ou a cada dois anos, e os casos com resultado positivo devem ser encaminhados para colonoscopia para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2010).

Fonte: Caderno de Atenção Primária nº 29 – Rastreamento

Ações mínimas recomendadas para as equipes de APS (CAVESTRO et al. 2023, RAO et al., 2021)

- Realizar anamnese completa e exame físico geral, buscando identificar sintomas ou sinais compatíveis.
- Incluir anuscopia nos casos com suspeita de câncer de canal anal.

- Realizar exame ginecológico em mulheres, a fim de contribuir para o diagnóstico diferencial com neoplasias ginecológicas (colo do útero ou vulva).

O Manual de Diagnóstico Precoce (alta suspeição) em Oncologia para a APS do MS recomenda que em casos com alta suspeição clínica (hematoquezia, emagrecimento, dor abdominal ou retal persistente, anemia ferropriva, alteração do hábito intestinal), deve-se priorizar a realização da colonoscopia para evitar atrasos no diagnóstico. Quando o exame não estiver disponível no município, é aceitável solicitar a pesquisa de sangue oculto nas fezes como exame inicial (CAVESTRO ET AL. 2023).

Quando a suspeição diagnóstica for moderada, recomenda-se iniciar a investigação pela pesquisa de sangue oculto nas fezes; resultados positivos devem ser seguidos por colonoscopia ou retossigmoidoscopia, especialmente nos casos de tumores de cólon distal ou reto (CAVESTRO ET AL. 2023).

Outras investigações podem ser conduzidas conforme a história clínica e os sintomas apresentados, sempre com foco nos órgãos potencialmente envolvidos. Enquanto aguarda o encaminhamento, a equipe da APS deve ofertar cuidados sintomáticos e suporte clínico adequado.

Encaminhamento

Segundo o Instituto Nacional de Câncer, pacientes que apresentem sinais e sintomas sugestivos de câncer de cólon e reto devem ser encaminhados pela Unidade Básica de Saúde (UBS) à atenção especializada, seguindo o fluxo de regulação e os protocolos clínicos definidos, para confirmação diagnóstica e início do tratamento adequado (BRASIL, 2021).
Fonte: Detecção Precoce do Câncer – INCA

- Tempo de acesso: o paciente deve ser atendido pelo especialista em até 30 dias, preferencialmente dentro de 15 dias.

Em casos de alta suspeição de câncer colorretal, o paciente deve ser incluído nas linhas de cuidado organizadas que asseguram o acesso a exames de imagem e biópsia diagnóstica, conforme os protocolos nacionais de atenção especializada em oncologia.

Fonte: Protocolo de Acesso às Ofertas de Cuidados Integrados na Atenção Especializada em Oncologia – Ministério da Saúde

CUIDADOS E VIGILÂNCIA



14 Prevenção de Fratura na Pós-Menopausa

O aumento do risco de fraturas na pós-menopausa é uma realidade e tem a osteoporose e suas consequências como causa importante (NATIONAL OSTEOPOROSIS GUIDELINE GROUP, 2024).

A osteoporose é uma desordem esquelética sistêmica e progressiva, caracterizada pela diminuição da massa e deterioração da microarquitetura óssea. Consequentemente, há aumento da fragilidade óssea e maior predisposição a fraturas de baixo impacto (KANIS et al., 1994; NIH CONSENSUS DEVELOPMENT PANEL, 2001) – aquelas que ocorrem devido a injúrias que seriam insuficientes para fraturar um osso normal, como por exemplo, queda da própria altura. As fraturas por osteoporose ocorrem principalmente no quadril, pulso e vértebras (WELLS et al., 2025).

É importante esclarecer para pacientes que o objetivo das medidas de prevenção, mudança de hábitos, realização de exames e possíveis tratamentos visam reduzir o risco de fraturas em pacientes e que a osteoporose em si não é propriamente uma doença, mas um fator, junto a outros fatores de risco que devem ser avaliados individualmente.

14.1 Incidência, Prevalência e Etiologia da Osteoporose

Incidência e Prevalência

Considerado um problema de saúde pública global, a osteoporose acomete indivíduos de ambos os sexos. É mais comum em mulheres – estima-se que a osteoporose afeta 200 milhões de mulheres no mundo (RADOMINSKI et al., 2017) – e sua incidência cresce com o envelhecimento – sua prevalência aumenta de 4% em mulheres em torno dos 50 anos, para 52% nas mulheres com 80 anos (KANIS, 2007).

Apesar da escassez de dados epidemiológicos, estima-se que cerca de 10 milhões de pessoas têm osteoporose no Brasil (MORAES et al., 2014). Alguns estudos regionais foram publicados ao longo dos anos, evidenciando alta prevalência de todos os tipos de fraturas por fragilidade óssea, variando de 11 a 23,8% (PINHEIRO; EIS, 2010). Em relação à incidência das fraturas de quadril especificamente, essa passa a ser maior nas mulheres a partir dos 50 anos, chegando a quase dobrar na idade de 80 a 85 anos (ZERBINI et al., 2015; PINHEIRO et al., 2009). No ano de 2040, a estimativa para o número de fraturas de quadril no Brasil é de 55.844 fraturas de quadril em homens e 141.925 em mulheres, o que representa um aumento de 238% e 248% se comparado ao ano de 2015, respectivamente (ZERBINI et al., 2015). Quanto às fraturas vertebrais na população feminina acima de 65 anos, a incidência é de 40,3/1.000 pessoas/ano (DOMICIANO et al., 2014).

A importância da osteoporose e das fraturas resultantes se deve à frequência e gravidade, altíssimos custos sociais e pessoais envolvidos no tratamento e manejo de sequelas, além de aumentar de forma importante a morbimortalidade na população, resultando em dor crônica, deformidades e limitações na mobilidade ocasionadas pela fratura, promovendo deterioração da qualidade e expectativa de vida (RADOMINSKI et al., 2017; KANIS et al., 2019).

E apesar disso, dados internacionais coletado em 11 países, demonstraram que somente uma a cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada, e destas, somente uma em cada cinco recebe algum tipo de tratamento (INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, 2025).

Fisiopatologia e Etiologia da Osteoporose

O pico da massa óssea é atingido logo após o término do crescimento linear, por volta dos 20 anos de idade, e é marcado pelo processo de formação óssea. Após a menarca, a taxa de formação óssea desacelera. No entanto, mantém-se minimamente ativa até os 35 anos de idade. Deste período até a menopausa, não há praticamente perda óssea no esqueleto e a taxa de fraturas é estável. Há equilíbrio entre a formação e reabsorção do osso (CHAPURLAT et al., 2000).

As mulheres na transição para a menopausa e pós menopausa apresentam uma diminuição acelerada da massa óssea, marcada pela predominância do processo de reabsorção, o qual pode ser até 10 vezes maior do que o observado anteriormente (CHAPURLAT et al., 2000). Na década que segue o último ciclo menstrual, os índices de reabsorção duplicam em relação ao menacme, enquanto os marcadores da formação óssea aumentam cerca de 50% acima dos valores pré-menopáusicos, causando um desbalanço no remodelamento ósseo (CHAPURLAT et al., 2000). Nesse período, a perda pode ser de 2% a 4% ao ano para osso trabecular e de 1% ao ano para o osso cortical, aumentando progressivamente assim o risco para fraturas (GARNERO et al., 1996).

A osteoporose resulta de um desequilíbrio na remodelação óssea, em que a reabsorção predomina sobre a formação, levando à perda de massa óssea (INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, 2025). Esse processo envolve os osteoblastos (OB), responsáveis pela formação óssea, e os osteoclastos (OC), responsáveis pela reabsorção, cuja atividade é regulada por hormônios e fatores como dieta e exercícios. Dentre os hormônios, o estrogênio exerce papel fundamental, promovendo a atividade dos OB e reduzindo a dos OC por meio de diversos mecanismos celulares, como a modulação de citocinas inflamatórias, aumento da apoptose dos OC e proteção dos osteócitos contra a morte celular (RAISZ, 2005; SYED; KHOSLA, 2005; RYAN et al., 2005; ALMEIDA et al., 2007).

Além do perfil hormonal adquirido na pós-menopausa, o envelhecimento também tem papel na perda da massa óssea. Ainda que nas mulheres a perda óssea do esqueleto total aos 75 anos seja da ordem de 22%, apenas 7,75% dela é atribuída à deprivação estrogênica; os restantes 13,3% são devidos à idade (RECKER et al., 2000). Passada a perda rápida do período perimenopausa que afeta principalmente o osso trabecular, a perda pelo avançar da idade afeta mais o osso cortical, com diminuição do número de OB e da velocidade de formação óssea tanto em

mulheres como em homens (MANOLAGAS, 2013). Outros aspectos podem ter um papel importante, como o aumento do estresse oxidativo, a redução de hormônio de crescimento (GH) e o aumento dos níveis de glicocorticoides (MANOLAGAS, 2013).

A instalação da osteoporose resulta de anos de perda óssea. Pode ser classificada em **primária**, quando não apresenta causa bem definida (como no caso da osteoporose por senilidade e pós-menopáusia), e **secundária**, nos casos em que é identificada sua etiologia (INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, 2025). A osteoporose secundária acomete cerca de 20% das mulheres pós-menopáusicas e é mais comum em mulheres jovens (RADOMINSKI et al., 2017).

Quadro 1: Possíveis Causas de Osteoporose Secundária

Hipogonadismo primário ou secundário
Hiperparatireoidismo
Hipertireoidismo
Síndrome de Cushing
Diabetes mellitus
Prolactinomas
Acromegalia
Anorexia nervosa
Neoplasias do sistema hematopoiético (mielomas, leucoses, mastocitoses)
Hemocromatose
Cirrose (hepática e biliar primária)
Doenças inflamatórias intestinais (doença celíaca, outras doenças que cursam com má absorção intestinal)
Ressecções gástricas ou intestinais
Artrite reumatoide
Osteogênese imperfeita
Homocistinúria
Insuficiência renal crônica
Medicamentos (glicocorticoides, heparina, varfarina, antiepilépticos, lítio, metotrexato)
Tabagismo
Alcoolismo
Imobilização prolongada

Fonte: adaptado de Radominski et al., 2017.

14.2 Fatores de Risco e Prevenção da Osteoporose

A osteoporose é uma condição assintomática, e o primeiro sintoma frequentemente é uma fratura. Devido ao impacto em saúde e econômico envolvendo o tratamento da osteoporose e suas consequências, uma estratégia para prevenção e diagnóstico precoce está na identificação de pessoas com fatores de risco para fraturas (Quadro 1) e para osteoporose (Quadro 2), além daquelas com diagnóstico de osteoporose determinadas pela densidade mineral óssea (INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, 2025; COSMAN et al., 2014; LEBOFF et al., 2022).

Quadro 1 – Fatores de risco para fraturas osteoporóticas

Fatores não modificáveis
Idade
Qualquer fratura prévia na idade adulta
História de fratura em familiar de primeiro grau
Menopausa antes dos 40 anos
Perda de altura (perda anual > 0,5cm em adultos de ambos os sexos)
Fatores potencialmente modificáveis
Tabagismo atual
Sedentarismo
Baixo índice de massa corpórea (IMC < 20)
Consumo de álcool
Quedas
Uso de medicações: agonistas do GnRH, inibidores da aromatase, glicocorticoides, inibidores seletivos da recaptação da serotonina, tiazolidinedionas/glitazonas
Comorbidades: doença renal crônica, diabetes (tipo 1 e 2), demência, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença inflamatória intestinal, doença celíaca, artrite reumatoide

Fonte: International Osteoporosis Foundation, 2025.

Quadro 2 – Fatores de risco para osteoporose

Fatores não modificáveis
Sexo feminino
História familiar de osteoporose
Populações caucasianas e asiáticas
Amenorreia primária ou secundária
Status pós-menopausa (natural ou ooforectomia bilateral)
Fatores potencialmente modificáveis
Tabagismo atual
Consumo de álcool
Dieta pobre em cálcio
Deficiência de vitamina D
Distúrbios alimentares
Baixo índice de massa corpórea (IMC < 20)
Uso de medicações: agonistas do GnRH, inibidores da aromatase, glicocorticoides, inibidores seletivos da recaptação da serotonina, tiazolidinedionas/glitazonas
Comorbidades: doença crônicas na infância e desnutrição

Fonte: International Osteoporosis Foundation, 2025.

Algumas ferramentas de estratificação de risco de fraturas que integram vários destes fatores têm sido desenvolvidas. A mais utilizada é o FRAX®, atualizada para FRAX Brasil 2.0® no ano de 2024 (FRAX, 2024) (disponível gratuitamente em <https://abrasso.org.br/frax-brasil>). Um algoritmo que calcula o risco absoluto de uma fratura osteoporótica maior (quadril, vertebral clínica, úmero ou punho) e fratura de quadril em um período de 10 anos, levando em consideração os fatores de risco e, opcionalmente, a densidade mineral óssea do fêmur. A atualização da ferramenta permitiu que o risco de fraturas calculado seja ajustado para algumas situações clínicas que antes não eram consideradas, como o uso de glicocorticoides, diabetes mellitus do tipo 2, número de fraturas prévias e de quedas no último ano. Além disso, podem-se considerar dados de densidade mineral óssea da coluna lombar e não apenas do quadril, fazendo com que a representatividade dos resultados dos riscos de fraturas calculados seja maior. Limiares de intervenção também foram atualizados conforme a National Osteoporosis Guideline Group (NOGG, 2021), do Reino Unido (INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, 2025).

O uso dessa ferramenta é de extrema valia e deve ser encorajado para todos os pacientes, já que é possível identificar pacientes de baixo risco, alto risco e muito

alto risco, e assim, instituir medidas preventivas e terapêuticas imediatas, mesmo sem os dados de densidade mineral óssea que muitas vezes são escassos (INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, 2025).

Recomenda-se que profissionais tenham essa calculadora instalada em seus computadores ou mesmo versões impressas e compartilhem com pacientes suas informações para que compreendam que a osteoporose pode ser identificada em exame de densitometria, mas que há outros fatores potencialmente modificáveis que devem ser de conhecimento da população em geral. Destaca-se ainda que o uso da calculadora e avaliação do risco de fratura não é restrito ao profissional médico, devendo ser estimulado nas avaliações das consultas de enfermagem e de fisioterapia)

É importante frisar que o uso do FRAX Brasil 2.0[®] tem limitações e que essa ferramenta deve ser usada em conjunto com outros indicadores já conhecidos que interferem de maneira independente no risco de fraturas – como o histórico de fratura prévia e a osteoporose densitométrica (descrita abaixo), indicadores bem definidos para instituição de tratamento farmacológico independente dos demais fatores de risco e do resultado do FRAX.

14.3 Diagnóstico da Osteoporose

História clínica

É fundamental na história clínica a pesquisa minuciosa dos fatores de risco para a osteoporose e para fraturas (INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, 2025; PEDRO et al., 2021). **Deve-se considerar a avaliação de mulheres após a menopausa que apresentam um ou mais fatores de risco citados anteriormente (QUADRO 1 e 2) e após os 65 anos independentemente da presença de fatores de risco. A osteoporose não tem manifestações clínicas evidentes, até que haja uma fratura. Cada fratura por fragilidade aumenta o risco de novas fraturas** (PEDRO et al., 2021).

O diagnóstico clínico de osteoporose pode ser feito na presença de uma fratura por fragilidade, principalmente na coluna, quadril, punho, úmero e costela, mesmo sem as informações sobre a densidade óssea. As fraturas por fragilidade resultam de forças mecânicas que normalmente não levariam a fratura em pessoas sem osteoporose: ocorrem espontaneamente ou por traumas menores. As fraturas por estresse não são consideradas fraturas por fragilidade, pois são decorrentes de lesões repetitivas (KANIS, 2007; PEDRO et al., 2021).

Exame físico

O exame físico completo deve ser realizado rotineiramente, porém, alguns sinais podem chamar a atenção para possíveis consequências de fraturas não diagnosticadas previamente (PEDRO et al., 2021) como:

- Dor musculoesquelética aguda ou crônica, acompanhada ou não de contratura muscular antálgica;
- Perda de estatura (4 cm desde a idade adulta);
- Cifose dorsal (moderada a acentuada);
- Outras deformidades esqueléticas;
- Sinais de doenças associadas à osteoporose, como por exemplo, exoftalmia (hipertireoidismo), deformidades e edema articular (artrite reumatoide), fâcies cushingóide, etc.

Fonte: adaptado de National Osteoporosis Guideline Group – NOGG (2024).

Avaliação laboratorial

A avaliação laboratorial não é fator decisivo para o diagnóstico de osteoporose, mas pode contribuir para a identificação de fatores ou estados clínicos que contribuam para o comprometimento ósseo. Essa avaliação deve ser dirigida principalmente à exclusão das doenças que causam perda óssea e à avaliação de possíveis distúrbios do metabolismo mineral ósseo. A solicitação dos exames laboratoriais deve ser específica e direcionada pela suspeita clínica de alguma doença ou uso de medicamento.

A suspeita de osteoporose secundária também impõe investigação laboratorial. A avaliação inicial engloba o hemograma completo, perfil bioquímico, função tireoidiana e dosagem da vitamina D – esta última, para a população de risco (NOGG, 2024; PEDRO et al., 2021; DEMAY et al., 2024). Exames adicionais como painel metabólico completo incluindo creatinina, cálcio, albumina, fósforo, fosfatase alcalina e testes de função hepática, avaliação urinária de 24 horas para cálcio, sódio e creatinina, para avaliar má absorção de cálcio ou hipercalcúria, também podem ser incluídos. Quando houver necessidade baseado em hipóteses diagnósticas específicas de osteoporose secundária, outros exames podem ser solicitados pelo/a especialista (NOGG, 2024; PEDRO et al., 2021).

Avaliação por imagem

No diagnóstico por imagem são utilizadas a **densitometria óssea** e as **radiografias**.

A densitometria por absorciometria de raio X de dupla energia (inglês *dual-energy X-ray absorptiometry* - DXA) é a técnica mais utilizada para determinação da densidade mineral óssea (DMO), e é o padrão-ouro para o diagnóstico de osteoporose, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (KANIS, 2007). O exame é realizado em dois sítios: coluna lombar (L1-L4) e fêmur proximal (colo femoral e fêmur total). O terço distal do rádio (rádio 33%) também pode ser utilizado como critério diagnóstico se uma ou mais das regiões anteriores não puderem ser examinadas, se a paciente tiver impossibilidade técnica de mensuração pelo seu peso corporal ou nos casos de hiperparatireoidismo (PEDRO et al., 2021). Deverá ser realizada em mulheres consideradas de alto risco para osteoporose e de apresentar fratura (Quadro 3).

Quadro 1 - Indicações de Realização de Densitometria Óssea

Mulheres com idade ≥ 65 anos;
Mulheres na pós-menopausa ou na transição menopausal com fatores de risco para fraturas ou para osteoporose (conforme Quadros 2 e 3);
Adultos com antecedente de fratura por fragilidade, condição clínica ou uso de medicamentos associados à baixa massa óssea ou perda óssea;
Indivíduos para os quais são considerados tratamento farmacológico para osteoporose;
Indivíduos em tratamento farmacológico para osteoporose, para monitoramento;
Indivíduos que não estão em tratamento farmacológico para osteoporose, porém, nos quais a identificação de baixa densidade óssea possa determinar a indicação de tratamento.

Fonte: adaptado de Kanis JA, 2007 e Shepstone L, et al., 2018.

Os resultados da DMO são apresentados por meio de números absolutos na unidade de grama por centímetro quadrado e tem seu resultado padronizado quando comparada a DMO média de uma população de referência de adultos jovens (escore T), expressos em unidades de desvio-padrão (DP). Os critérios diagnósticos propostos pela OMS baseados neste parâmetro são, e devem se basear no menor valor de cada sítio, endossado pela Associação Internacional de Densitometria Clínica (*The International Society of Clinical Densitometry* – ISCD) e Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (ABRASSO):

- Escore T $\geq -1,0$ DP normal
- Escore T entre $-1,1$ a $-2,4$ DP osteopenia
- Escore T $\leq -2,5$ DP osteoporose
- Escore T $\leq -2,5$ DP + história de fratura por fragilidade osteoporose estabelecida ou grave

Fonte: adaptado de Kanis JA, 2008 (KANIS, 2007)

O escore T é utilizado para mulheres pós-menopausa. Mulheres no menacme que necessitem ter sua DMO avaliada devem ter seu diagnóstico realizado

através da avaliação pelo escore Z (população referência de mesma idade, sexo e etnia) (KANIS, 2007).

O exame radiográfico pode mostrar diminuição da densidade óssea, porém só são detectadas alterações quando a perda óssea for superior a 30%, sendo baixa sua sensibilidade diagnóstica. É indicada para o rastreamento de fraturas assintomáticas, conforme o Quadro 4 (COSMAN et al., 2014). A ressonância magnética e a tomografia computadorizada podem ser utilizadas como métodos adicionais (PEDRO et al., 2021).

Quadro 2 – Indicações para rastreamento de fraturas assintomáticas com radiografia de coluna vertebral em duas incidências

Mulheres acima de 70 anos com escore $T \leq 1,0$;
Mulheres acima de 65 anos com escore $T \leq 1,5$;
Mulheres na pós-menopausa com fatores de risco específicos: - Redução de estatura de 4cm ou mais desde o pico de massa óssea (vida adulta) - Redução de estatura de 2cm ou mais desde o início do acompanhamento clínico - Uso crônico de glicocorticoides - Antecedente de fratura por trauma de baixa energia

Fonte: adaptado de Cosman et al., 2014.

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA - É importante atentar para a possibilidade de sobrediagnóstico e sobretratamento quando há realização de exame de densitometria sem a devida indicação. Por ter baixo valor preditivo positivo de fraturas quando aplicado em populações de baixo risco, seu uso como exame de rastreamento é controverso, pois favorece o sobrediagnóstico e sobretratamento pela falsa rotulagem da doença que produz (CARDONA et al., 2018).

Revisão Sistemática da US-TaskForce demonstrou que a triagem em mulheres de alto risco com 65 anos ou mais foi associada a uma pequena redução do risco absoluto de fraturas graves e de quadril em comparação com os cuidados habituais. Nenhuma evidência avaliou o rastreio apenas com DMO ou o rastreio em homens ou mulheres mais jovens. Os instrumentos de avaliação de risco, apenas a DMO, ou ambos, apresentam discriminação fraca a modesta para prever fraturas. O tra-

tamento da osteoporose com bifosfonatos ou denosumabe durante vários anos foi associado à redução de fraturas e a nenhum aumento significativo de eventos adversos (KAHWATI, L. C. et al., 2025)

Versão preliminar

14.4 Tratamento da Osteoporose

Evidências sugerem que medidas preventivas devem ser anotadas para a população em geral desde a infância. Dentre essas recomendações estão dieta equilibrada e rica em cálcio e vitamina D, exposição solar, suspensão do tabagismo, identificação e tratamento do alcoolismo, exercícios físicos regulares de sustentação de peso e fortalecimento muscular e medidas de diminuição do risco de quedas (LE BOFF, et al. 2022). Já em pacientes com baixa DMO ou histórico de fraturas, o tratamento visa a diminuir o risco da primeira ou segunda fratura óssea e suas consequências de morbimortalidade e opções terapêuticas medicamentosas também estão disponíveis quando indicadas (PEDRO et al., 2021).

Em 2002, a Portaria MS/GM nº 470 foi publicada, aprovando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose. Essa portaria foi atualizada em 2023 (BRASIL, 2023) e contém o conceito geral da doença, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão/exclusão de pacientes no protocolo de tratamento, esquemas terapêuticos preconizados para o tratamento da osteoporose e mecanismos de acompanhamento e avaliação desse tratamento. É de caráter nacional, devendo ser utilizado pelas secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação da dispensação dos medicamentos nele previstos (BRASIL, 2023).

Dieta e Suplementação de Cálcio e Vitamina D

É recomendado adotar uma alimentação equilibrada, porém voltada para a oferta dos componentes essenciais na saúde óssea como o cálcio, a vitamina D, o magnésio, zinco, boro, vitamina K e vitamina C (PEDRO et al., 2021).

A ingesta adequada de cálcio é fundamental para atingir o pico de massa óssea e manutenção da saúde óssea ao longo da vida (LE BOFF, et al. 2022). Para mulheres adultas acima de 19 anos de idade, o Instituto de Medicina (Institute of Medicine - IOM) recomenda a ingesta de 1000 mg/dia de cálcio e acima dos 51 anos de idade, 1200 mg/dia (IOM, 2011). Uma dieta rica em laticínios com baixo teor de gordura, verduras escuras, peixes, frutas, vegetais e alimentos fortificados fornecem cálcio, bem como numerosos nutrientes necessários para uma boa saúde.

Considerando-se os hábitos alimentares da população brasileira na qual o consumo de lácteos é inferior ao recomendado (PINHEIRO et al. 2009), uma ava-

liação confiável da quantidade de cálcio ingerida diariamente é importante, já que evidências sugerem diminuição de fraturas de quadril e não-vertebrais quando a ingestão recomendada, associada à vitamina D, é atingida (DOMICIANO et al., 2014; LIU et al., 2020; YAO et al., 2019; TANG et al., 2007). A dieta como fonte do mineral deve ser a preferência, porém, suplementações podem ser consideradas na inviabilidade de alcance através da alimentação (LE BOFF, et al., 2022). A ABRASSO lançou uma ferramenta gratuita em formato de tabela nutricional que facilita o cálculo de ingestão de cálcio diário de acordo com o consumo dos alimentos que contém esse mineral (ABRASSO, 2024).

Há vários sais de cálcio disponíveis comercialmente, dentre os quais se destaca o carbonato, o mais amplamente usado, com menor custo e maior evidência científica e biodisponibilidade de 40% de cálcio elementar, embora necessite de acidificação gástrica para melhor absorção. As tomadas devem ser de até 500-600mg/dose e associadas à vitamina D (PEDRO et al., 2021). **Mulheres com acloridria, gastrectomia ou história de litíase renal, o citrato de cálcio deve ser considerado** (NOGG, 2024; RADOMINSKI et al., 2017; PEDRO et al., 2021; LE BOFF, et al., 2022).

O papel da vitamina D é crítico para a saúde óssea, pois facilita a absorção intestinal de cálcio, modula a secreção de paratormônio (PTH), estimula a mineralização óssea e atua na remodelação óssea (NOGG, 2024; LE BOFF, et al., 2022; MAEDA et al., 2014). A vitamina D pode ser adquirida por meio da alimentação através da ingestão de peixes como o salmão, sardinha e o atum, bem como cogumelos secos; porém a sua principal fonte na maioria dos indivíduos é a síntese cutânea. **A exposição solar da face, tronco e braços no horário entre 10 e 16 horas por no mínimo 10 a 15 minutos diários, sem protetor solar, é recomendada, salvo por contra indicação dermatológica** (MAEDA et al., 2014). Considera-se adequado para população de risco (neste caso, mulheres com diagnóstico de osteoporose), a concentração sérica de vitamina D [25(OH)D] entre 30 e 60 ng/mL, segundo consenso publicado pelas Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC) (SBEM; SBPC, 2017).

Indivíduos com diagnóstico de osteoporose beneficiam-se da suplementação de vitamina D mesmo sem a informação de seus níveis séricos, já que há evidências da redução de quedas e fraturas relacionadas ao seu uso, associado à suplementação de cálcio (LIU et al., 2020; YAO et al., 2019; TANG et al., 2007; BISCHOFF-FERRARI et al., 2012). Além disso, grande parte dos ensaios clínicos que

avaliaram drogas anti reabsortivas e anabólicas para tratamento de osteoporose inclui coadministração de suplementos com cálcio e vitamina D, indicando melhor resposta ao tratamento com bisfosfonatos e diminuição do risco de hipocalcemia associada ao tratamento (NOGG, 2024). A avaliação através de testes laboratoriais é recomendada para pessoas com suspeita de deficiência severa de vitamina D e que possam necessitar de suplementação com doses mais elevadas (IOF, 2025). Deve-se priorizar a suplementação com vitamina D3 (colecalfiferol), associada a cálcio, na dosagem de 800 – 2000 UI/dia. No caso de deficiência de 25(OH)D (<20 ng/mL), dose de ataque mais elevada é recomendada (7000 UI/dia ou 50000 UI/semana, durante 6 a 8 semanas) seguida da dose de manutenção usual (PEDRO; PLAPLER; SZEJNFELD, 2021; SBEM; SBPC, 2017).

O uso isolado de vitamina D para prevenção de fraturas permanece incerto.

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Osteoporose, a suplementação com carbonato de cálcio e vitamina D3 podem fazer parte de todos os esquemas terapêuticos medicamentosos disponíveis (BRASIL, 2025).

Exercícios

Existe uma forte relação positiva entre a atividade física e a saúde óssea ao longo da vida. Isso ocorre porque o sistema musculoesquelético é sensível à atividade física de sustentação de peso como estímulo à manutenção e construção óssea, bem como à prevenção da perda muscular (NOGG, 2024). Há evidências de que o exercício, especialmente durante a infância e a adolescência, pode influenciar a estrutura e a geometria óssea, como o maior diâmetro dos ossos e uma arquitetura trabecular mais forte, o que pode reduzir o risco de fraturas ao longo da vida (BASS et al., 2002).

Evidências demonstraram a efetividade da prática regular de exercícios para a prevenção da osteoporose na mulher. **Especificamente os exercícios aeróbicos e com peso (musculação), têm sido associados com manutenção e ganho da massa óssea em mulheres após a menopausa, tanto na coluna vertebral, quanto no quadril.** Além dos efeitos benéficos sobre o tecido ósseo, a prática regular de exercícios melhora o equilíbrio, a elasticidade e a força muscular, que em conjunto diminuem os riscos de quedas e, consequentemente, de fraturas (GIRGIS, 2015; HOWE et al.,

2011). Em geral, mulheres com osteoporose podem praticar exercícios físicos com segurança, já que o risco de efeitos adversos graves é muito baixo (NOGG, 2024).

Medidas de prevenção de quedas

Medidas de prevenção de quedas devem ser recomendadas. Intervenção multifatorial diminui em até 24% a incidência de queda, incluindo exercício físico estruturado e supervisionado com componente de treino de equilíbrio e de alta intensidade; adaptação ambiental (retirada de tapetes, calçados antiderrapantes, ambiente iluminado); manejo da hipotensão ortostática revisando as medicações que aumentem o risco de queda, ajustando a pressão arterial e estimulando a ingestão hídrica; correção de distúrbios visuais; cuidados com os pés e calçados; manejo de comorbidades— incluindo a demência; revisão de dispositivos de auxílio à marcha; além de medidas educativas para a prevenção (PEDRO et al., 2021; BRASIL, 2025).

Demais fatores risco modificáveis para a osteoporose e risco de fratura:

Uso nocivo de tabaco:

Uma medida importante é identificar ativamente pessoas fumantes na rotina de atendimentos incluindo perguntas sobre uso nocivo de tabaco em todas as consultas como prática padronizada. Exemplos de questionamentos: quantidade de cigarros por dia, tempo de uso, tentativas prévias de cessação. Durante a conversa utilizar uma abordagem motivacional com escuta ativa e empática, valorizando as tentativas anteriores e reforçando que o tabagismo é uma dependência química, não apenas um hábito, e que existe tratamento eficaz. Discutir e reforçar os malefícios à saúde e os benefícios da cessação a curto, médio e longo prazo.

Uma revisão sistemática de 2023 reuniu 51 ensaios clínicos randomizados e concluiu que as estratégias mais eficazes para parar de fumar incluem o uso de cigarros eletrônicos com nicotina, vareniclina e citisina, com alto nível de confiança nos resultados. Também há forte evidência de que a combinação de diferentes formas de terapia de reposição de nicotina (como adesivo + goma) é eficaz. Outros métodos com boa eficácia comprovada são o adesivo de nicotina, as terapias de ação rápida com nicotina (como sprays ou pastilhas) e o medicamento

bupropiona. Há evidências menos consistentes, mas ainda positivas, para o uso de nortriptilina, cigarros eletrônicos sem nicotina e a estratégia de reduzir aos poucos a quantidade de nicotina consumida (HARTMANN-BOYCE et al., 2021). Neste sentido seguem algumas orientações baseadas em intervenções farmacológicas (HARTMANN-BOYCE et al., 2021):

- Explicar o papel da nicotina no sistema de recompensa cerebral, reforçando que a dependência tem base neurobiológica.
- Informar sobre o uso da terapia de reposição de nicotina (TRN) (adesivos, gomas, pastilhas) para aliviar os sintomas de abstinência.
- Avaliar a indicação de bupropiona, um antidepressivo que reduz a vontade de fumar e os sintomas de abstinência, explicando seus mecanismos: inibição da recaptação de dopamina e noradrenalina e redução da intensidade dos efeitos gratificantes da nicotina.

Durante o processo de cessação do tabagismo a equipe multidisciplinar de profissionais de saúde poderá oferecer educação em saúde individual e coletiva:

- Ajudar a mulher a estabelecer uma data para parar de fumar e traçar um plano de ação.
- Oferecer suporte contínuo, com agendamento de consultas de acompanhamento regulares (semanal ou quinzenal no primeiro mês).
- Identificar fatores de risco para recaída (estresse, convivência com fumantes, rotina) e criar estratégias para enfrentamento.
- Realizar rodas de conversa e grupos de apoio sobre tabagismo na unidade de saúde.
- Promover ações educativas sobre os danos da nicotina e os benefícios da cessação.
- Envolver a equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, agente comunitário).

Uso nocivo do álcool

O consumo excessivo de álcool é um fator de risco bem estabelecido para redução da densidade mineral óssea (DMO), desequilíbrio hormonal, queda da absorção de cálcio e aumento do risco de quedas e fraturas, especialmente em mulheres na pós menopausa. A proposta é que seja realizada uma abordagem qualificada para manejo do uso nocivo do álcool associada a uma estratégia de prevenção da osteoporose. (GODOS, 2022) Abaixo seguem sugestões de implementação no atendimento relacionados a triagem e educação em saúde e aconselhamento:

- Identificação de padrões de consumo de risco ou dependência, através da aplicação de instrumentos validados, como o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ou questionários incluídos em consultas de rotina.
- Realizar ações educativas sobre os impactos do álcool na saúde óssea e risco de fraturas, associando com outras comorbidades (como hipertensão, quedas, ansiedade, insônia).
- Oferecer aconselhamento breve (intervenção de 5–15 minutos) para redução do consumo, com base em modelos como o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento.
- Reforçar estratégias combinadas de atividade física regular com impacto osteogênico, alimentação rica em cálcio e vitamina D.
- Compreender o uso de álcool no contexto psicossocial da mulher, valorizando escuta qualificada e empática.
- Incluir a família ou rede de apoio no cuidado, sempre que possível, e respeitando o desejo da mulher.

Alimentação

A ingestão inadequada de cálcio constitui um fator de risco significativo para o desenvolvimento da osteoporose e para a ocorrência de fraturas, especialmente em mulheres na pós-menopausa. A adoção de estratégias que assegurem a ingestão adequada desse mineral é fundamental para a prevenção dessas condições (INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, 2018).

De acordo com a International Osteoporosis Foundation (2018), a ingestão diária recomendada de cálcio para adultos varia entre 1.000 e 1.200 mg, dependendo da faixa etária e do sexo. Nesse sentido, a alimentação desempenha um papel central na manutenção da saúde óssea.

O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) orienta que a base da alimentação deve ser composta por alimentos in natura ou minimamente processados, por serem mais nutritivos e promoverem benefícios à saúde. Alimentos in natura são aqueles obtidos diretamente de plantas ou de animais (como folhas e frutos ou ovos e leite) e adquiridos para consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza. Alimentos minimamente processados são alimentos in natura que, antes de sua aquisição, foram submetidos a alterações mínimas. Exemplos incluem grãos secos, polidos e empacotados ou moídos na forma de farinhas, raízes e tubérculos lavados, cortes de carne resfriados ou congelados e leite pasteurizado. Considerando essas diretrizes, o Quadro 5. descreve alimentos com elevado teor de cálcio por porção e de fácil inclusão na dieta da população brasileira.

Quadro 5 - Alimentos ricos em cálcio e respectivas quantidades de cálcio por porção

Alimentos	porção	Cálcio mg
leite semidesnatado	200ml	240
leite desnatado	200ml	234
leite integral	200ml	236
leite de soja enriquecido com Ca+	200ml	240
iogurte natural	150g	207
queijo fresco	200g	138
queijo duro (parmesão)	30g	240
sardinha enlatada em azeite	60g	240
feijão branco	200g cozidos	132
grão de bico	200g cozidos	99
feijão vermelho	200g cozidos	93
agrião	120g	188
ruibarbo	120g	103
brócolis	120g	112
couve	120g	77
amêndoas	30	76

Identificar e tratar distúrbios alimentares:

A perda de massa óssea é mais acentuada nos primeiros 5 a 10 anos após a menopausa, período em que o risco de fraturas osteoporóticas aumenta significativamente. A deficiência estrogênica leva à diminuição da taxa metabólica basal, aumento do apetite e redistribuição da gordura corporal, com acúmulo predominante na região visceral. Esse acúmulo promove um estado inflamatório crônico de baixo grau, com liberação de citocinas pró-inflamatórias, resistência à insulina e disfunção endotelial, favorecendo o desenvolvimento de obesidade central, síndrome metabólica e outras doenças crônicas. Simultaneamente, a menor atividade osteoblástica e o aumento da reabsorção óssea resultam na perda acelerada da densidade mineral óssea, predispondo ao surgimento da osteoporose. A obesidade e a sarcopenia são fatores que afetam negativamente a saúde óssea. Ambas as condições compartilham fatores fisiopatológicos comuns, como inflamação, sedentarismo e alterações na microbiota, o que reforça a importância de abordagens preventivas integradas durante este período (ERDÉLYII et al., 2024).

Por outro lado, a identificação de comportamentos alimentares restritivos em mulheres na meia-idade apesar de menos comuns também é essencial. Nessa fase, os sintomas podem ser mascarados por normas sociais ou confundidos com preocupações comuns relacionadas ao envelhecimento. A perda óssea é frequentemente silenciosa, e os efeitos combinados da deficiência estrogênica típica da transição para a menopausa com a má nutrição podem acelerar a perda de massa óssea. A intervenção precoce nos quadros de anorexia e bulimia nervosa é crucial para evitar complicações ósseas associadas à perda de massa corporal e desregulação hormonal. (ANDERSEN et al., 2014).

Intervenções psicossociais e interdisciplinares como suporte psicológico também são de extrema importância, especialmente porque mulheres na transição para menopausa com transtornos alimentares frequentemente convivem com estresse psicossocial, imagem corporal negativa e estigmas relacionados à idade. Uma abordagem interdisciplinar que inclua profissionais da saúde mental, endocrinologistas, ginecologistas e nutricionistas é indicada para o cuidado integral (ANDERSEN et al., 2014).

Uma alimentação adequada, com ingestão diária de cálcio entre 1000 e 1200 mg — conforme recomendado para mulheres acima de 51 anos — aliada à redução do consumo de álcool, nicotina e cafeína, contribui significativamente para a saúde óssea na transição para menopausa, e pós menopausa. A prática regular de atividade física, especialmente exercícios com impacto ou resistência (como caminhada e musculação), atua como estímulo mecânico à formação óssea. Além disso, o exercício físico auxilia na preservação da massa muscular, sendo essencial para a prevenção da sarcopenia, condição frequentemente associada ao envelhecimento (ERDÉLYI et al., 2024).

Medicamentos

Critério de inclusão no protocolo de tratamento

Pessoas com suspeita de osteoporose ou osteoporose confirmada que apresentem um dos critérios a seguir:

- Fraturas maiores (fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna vertebral) ou fraturas de quadril, por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos)

e comprovadas radiologicamente, sem necessidade de densitometria;

- Exame densitométrico com T-escore menor ou igual a -2,5 no fêmur proximal (colo ou fêmur total) ou coluna lombar;
- Baixa massa óssea (T-escore menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes frágeis com risco de queda aumentada, independentemente da idade, ou em pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção.

Fonte: adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Osteoporose (BRASIL, 2025)

Os esquemas de administração e critérios específicos referentes a cada medicamento podem ser encontrados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Osteoporose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023), publicado em 2023. As drogas que compõem o protocolo estão descritas abaixo e podem ser utilizadas no tratamento e prevenção da osteoporose.

Medicamentos antirreabsorptivos

Terapia hormonal estrogênica

Terapia hormonal estrogênica (TH) constitui uma alternativa para prevenção de osteoporose para mulheres que apresentam comprometimento da qualidade de vida pelos sintomas climatéricos e que estão na janela de oportunidade para início da terapia hormonal (NOGG, 2024; CONSENSO BRASILEIRO, 2024; MARJORI-BANKS et al., 2017). Além dos componentes estrogênicos, a tibolona também tem efeito semelhante (CUMMINGS et al., 2008). É importante frisar quanto à necessidade da associação de um progestagênio quando o estrogênio é prescrito para mulheres com útero (CONSENSO BRASILEIRO, 2024).

Há evidência de que o uso de estrogênios reduz o risco de fraturas de quadril, vertebrais e não vertebrais, apresentam reconhecido efeito inibidor da reabsorção óssea mediada pelos osteoclastos, com repercussão importante na massa óssea e consequentemente no risco de fraturas osteoporóticas (CONSENSO BRASILEIRO, 2024; CAULEY et al., 2003). Antes do início do tratamento, devem ser avaliados os

antecedentes pessoais e familiares de neoplasias dependentes de estrogênios, além de realizados exames ginecológico e geral completos, considerando as contraindicações e advertências de uso. Mulheres não submetidas à histerectomia necessitam fazer uso de associação com progestagênios (CONSENSO BRASILEIRO, 2024).

A TH previne a osteoporose e reduz o risco de fratura, independentemente do nível inicial de DMO e deve ser considerada como primeira opção para a manutenção da saúde óssea na pós-menopausa inicial com risco baixo a moderado de fratura, com intuito de evitar a instituição precoce de droga antirreabsortiva (como os bisfosfonatos). Há uma relação risco-benefício positiva da TH em mulheres sintomáticas na pós-menopausa inicial (nos primeiros 10 anos após a menopausa ou antes dos 60 anos de idade), sempre sendo a TH individualizada, avaliando o perfil em cada mulher (ZHU et al., 2016). Os tipos, vias de administração e doses da TH serão discutidas em outro capítulo.

Bisfosfonatos

Os bisfosfonatos compreendem a classe medicamentosa mais utilizada para o tratamento da osteoporose, sendo os de uso oral a primeira escolha. De maneira geral, aumentam a densidade mineral óssea e diminuem o risco de fratura vertebral (40–70%) e de quadril (40–50%), a depender do agente utilizado e em associação com suplementação de cálcio e vitamina D (PEDRO et al., 2021; BYUN et al., 2017).

No Brasil, os representantes dos bisfosfonatos mais conhecidos são o alendronato, o risendronato, o ibandronato e o ácido zoledrônico. Embora não haja evidência de superioridade de um bisfosfonato em relação aos outros na prevenção de fraturas ou em termos de perfil de eventos adversos (BYUN et al., 2017; NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2021), a escolha de alendronato de sódio ou risendronato sódico baseia-se na maior experiência de seu uso e no menor custo (NOGG, 2024).

Os eventos adversos gastrointestinais mais frequentes, como esofagite e gastrite, são similares para todos os bisfosfonatos orais, e sua incidência depende do uso correto da medicação: devem ser ingeridos pela manhã, em jejum, com 1 copo d'água; aguardar 30 min para ingerir alimentos ou outros fármacos ou voltar a deitar (BYUN et al., 2017). Complicações como fraturas atípicas do fêmur e

necrose asséptica da mandíbula, apesar de raras, são associadas ao uso de longo prazo dos bisfosfonatos (BYUN et al., 2017). Evidências sugerem que após 3 a 5 anos de uso, conforme critérios, pode-se considerar interrupções de 1 a 2 anos no tratamento, com aparente manutenção do seu efeito de redução do risco de fraturas (BLACK et al., 2006; SHANE et al., 2014; BLACK et al., 2012; ADLER et al., 2016). O uso desta classe deve ser avaliado com cautela quando há insuficiência renal crônica (BYUN et al., 2017).

Conforme o PCDT Osteoporose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023), os agentes antirreabsortivos disponíveis são alendronato, risendronato, pamidronato e ácido zoledrônico.

	Via administração	Redução fratura vertebral	Redução fratura quadril / não-vertebral
Alendronato	Oral	Sim	Sim
Risendronato	Oral	Sim	Sim
Pamidronato	Intravenoso	Sim	Sim
Ácido zoledrônico	Intravenoso	Sim	Sim

Adaptado de: Black DM, et al., 2006.

Moduladores Seletivos do Receptor de Estrógeno (SERM)

O raloxifeno é um SERM aprovado para prevenção e tratamento da osteoporose em mulheres após a menopausa em especial, para mulheres com alto risco de câncer de mama. (EASTELL et al., 2019) Apresenta evidência para prevenção de fraturas vertebrais, mas não para as de quadril ou não vertebrais (AGNUSDEI; IORI, 2000).

Por possuir perfil semelhante a terapia estrogênica, seu uso deve ser reservado para pacientes com baixo risco de eventos tromboembólicos, que não estão em uso concomitante de estrógenos e que tenham alto risco de câncer de mama. Efeitos adversos podem incluir sintomas vasomotores (AGNUSDEI; IORI, 2000).

Medicamentos Anabólicos

Teriparatida

A teriparatida é um medicamento cuja composição assemelha-se ao hormônio da paratireoide (PTH), de modo que sua ação estimula a formação óssea. É indicado nos casos de mulheres no período pós-menopausa, em especial para aquelas com histórico de fraturas vertebrais e com muito alto risco de fraturas, para uso por até 24 meses no tratamento de osteoporose grave. Também pode ser considerado nos casos de intolerância ao tratamento com bisfosfonatos (NOGG, 2024).

Romosozumabe

O romosozumabe é um anticorpo monoclonal humano (IgG2) aprovado pela Anvisa no Brasil em 2021. Se liga e inibe a esclerostina, estimulando a formação óssea em superfícies ósseas trabeculares e corticais, bem como a atividade osteoblástica, resultando em aumentos de massa óssea trabecular e cortical e em melhorias na massa, estrutura e força óssea (EASTELL et al., 2019). É indicado nos casos de mulheres no período pós menopausa, com mais de 70 anos, em especial para aquelas com histórico de fraturas vertebrais e com muito alto risco de fraturas, para uso por até 24 meses no tratamento de osteoporose grave. Também pode ser considerado nos casos de intolerância ao tratamento com bisfosfonatos (NOGG, 2024).

Outras formulações

A calcitonina é um hormônio produzido em glândula tireoide tendo ação efetiva na diminuição da atividade dos osteoclastos, inibindo a reabsorção óssea. Sua administração é intranasal, em formato de spray. É uma alternativa no nosso país para os casos raros de osteonecrose de mandíbula. Não é recomendada rotineiramente (BRASIL, 2025).

Embora não estejam contemplados na portaria supracitada, outros tratamentos e drogas têm sua eficácia e papel bem estabelecido no tratamento da osteoporose, como o ibandronato e o denosumabe (antirreabsortivos) e a abaloparatida (anabólico) (INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION, 2025).

CUIDADOS E VIGILÂNCIA



15 Opções Terapêuticas à Saúde das Mulheres na transição para menopausa e pós menopausa

15.1 Suporte às Pessoas Vivendo na Transição para Menopausa e Pós Menopausa - Educação em saúde

A transição para a menopausa é uma fase fisiológica do ciclo de vida, mas frequentemente acompanhada por mudanças físicas, emocionais, metabólicas e sociais que impactam diretamente a qualidade de vida das mulheres. A queda dos hormônios sexuais, especialmente o estrogênio, pode desencadear sintomas como fogachos, distúrbios do sono, alterações de humor, ganho de peso, redução da massa óssea e muscular, alterações metabólicas e cardiovasculares. A atividade física, alimentação equilibrada, sono adequado e suporte emocional exercem um papel essencial para promover o autocuidado e a adesão a hábitos saudáveis.

A promoção de ambientes favoráveis à saúde como acesso a espaços públicos seguros para exercício, grupos comunitários e centros de atenção primária podem ser exemplos de intervenções simples nesta população. As unidades de saúde, podem ser, espaços de escuta e orientação individual e coletiva.

A educação em saúde é um processo contínuo de promover o entendimento e a conscientização sobre práticas e hábitos saudáveis. A educação em saúde é uma ferramenta poderosa para melhorar a qualidade de vida, prevenir agravos e promover o envelhecimento saudável e ativo de mulheres na transição da menopausa e no período de pós-menopausa, ela proporciona às pessoas o conhecimento necessário para fazer escolhas mais informadas sobre sua saúde, ajudando a promover o autocuidado e a autonomia, além de contribuir para a prevenção de doenças específicas, como câncer de mama, câncer de colo de útero, doenças cardiovasculares, osteoporose, bem como, a saúde sexual e mental.

Um dos principais desafios da educação em saúde para mulheres é a falta de acesso a informações de qualidade, especialmente em comunidades marginalizadas ou em áreas rurais. Além disso, o desconhecimento de direitos sobre saúde reprodutiva, prevenção de doenças e cuidados de saúde pode dificultar a adesão aos cuidados preventivos. As tecnologias digitais, como aplicativos de saúde, vídeos educativos e campanhas online, podem ser alternativas para melhorar o alcance da educação em saúde.

Embora ferramentas digitais possam ampliar o alcance das ações de educação em saúde, seu uso depende de condições estruturais que não estão igualmente distribuídas. Na América Latina e no Brasil, existe uma desigualdade de gênero no

acesso e uso das tecnologias digitais: mulheres têm menor probabilidade de acesso e uso de internet, além do analfabetismo funcional, especialmente em contextos de vulnerabilidade socioeconômica (World Bank, 2025; CEPAL, 2023). Desta forma a APS por sua capilaridade continua sendo essencial para garantir que a informação chegue de maneira compreensível, contextualizada e culturalmente adequada. A atuação dos ACS, visitas domiciliares, rodas de conversa são instrumentos chaves para reduzir as desigualdades de informação e fortalecer a autonomia.

Orientações em Saúde e Mudança de Hábitos de Vida Atividade Física

Durante a transição da menopausa e na pós-menopausa, a mulher passa por diversas alterações hormonais que podem impactar sua saúde física e mental. A prática regular de atividade física é fundamental para a manutenção e promoção da saúde, contribuindo para a prevenção de doenças crônicas, favorecendo o controle de peso, melhora a saúde mental e a qualidade de vida.

A atenção à saúde de mulheres na pós-menopausa deve ser compreendida como um cuidado integral, focando na prevenção, no tratamento e na promoção de saúde ao longo de todo o ciclo de vida. A atividade física desempenha um papel essencial nesse contexto, uma vez que contribui significativamente para a prevenção de doenças crônicas, como osteoporose, doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2, que se tornam mais prevalentes após a menopausa devido às mudanças hormonais. O monitoramento da saúde e o atendimento personalizado como abordagens de atenção primária são essenciais para esta população.

Além da prevenção, a atividade física de forma quaternária, pode evitar a medicalização excessiva e intervenções desnecessárias na saúde. O uso excessivo de medicamentos para tratar sintomas como osteoporose, problemas cardiovasculares ou distúrbios emocionais pode ser diminuído por meio da prática regular de atividade física. Além disso, a atividade física, como promoção de saúde na rede, pode diminuir o sobrediagnóstico e o estigma nestas mulheres. Sintomas como cansaço, insônia e alterações de humor, ansiedade, depressão comuns durante a frequentemente atribuídos a transição da menopausa e a pós-menopausa, podem ser diagnosticados de forma equivocada como transtornos psiquiátricos ou doenças crônicas.

A atividade física, quando orientada corretamente, pode aliviar muitos desses sintomas sem a necessidade de intervenção medicamentosa excessiva, sendo assim, essa deve ser promovida em diversos espaços, como UBS, academias de saúde, centros comunitários, e nas unidades de saúde da família, criando uma rede de apoio que incentive as mulheres a manterem hábitos saudáveis.

A academia da saúde constituiu um equipamento estratégico para a promoção da atividade física na APS, oferecendo espaços qualificados para desenvolver práticas corporais, paralelamente, o Guia da Atividade Física para a População Brasileira (2021) fornece recomendações cientificamente consolidadas sobre intensidade, frequência e tipos de exercícios eficazes para este público, orientando a APS na construção de planos terapêuticos e ações coletivas.

A abordagem da atividade física em mulheres na transição da menopausa e na pós-menopausa deve ser multiprofissional incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos e assistentes sociais. A atuação de uma equipe multiprofissional permite que os cuidados sejam ajustados conforme as necessidades de cada mulher, considerando possíveis complicações ou limitações de saúde.

A mudança de hábitos requer constância e comprometimento. Estabelecer metas realistas é uma estratégia eficaz para garantir a adesão a longo prazo. Como toda mudança de hábito, a atividade física deve ter início gradual, sendo assim, recomenda-se para iniciantes iniciar com atividades leves e aumentar a intensidade e a duração progressivamente, respeitando os limites do corpo. Deve-se realizar, **no mínimo, 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade intensa por semana, distribuídos ao longo dos dias, sendo divididos em exercícios aeróbicos e de força.** Exercícios de alongamento podem ser incluídos para melhorar o equilíbrio e a flexibilidade. É importante realizar pausas regulares inicialmente para segurança.

Caminhada ou natação são ótimos exemplos de atividade aeróbica, melhorando a saúde cardiovascular. Esses exercícios melhoram a circulação sanguínea e reduzem o risco de doenças cardíacas, que aumentam após a menopausa, porém é necessário incluir exercícios de força que devem estar ligados a musculação, exercícios de resistência e força trazem benefício para saúde óssea e distúrbios metabólicos como DM e HAS, condição que pode ser mais prevalente após a menopausa

devido à queda nos níveis de estrogênio. Se possível, exercícios de flexibilidade e equilíbrio como Yoga, Pilates e alongamentos podem ser inseridos no programa de atividade física como benefício de qualidade de vida.

A prática regular de atividade física é um grande desafio para a população trabalhadora principalmente para mulheres, por limitações financeiras e outras relativas ao tempo que dedicam ao cuidado doméstico, e horários em que estão no trabalho (SILVA et al, 2018). Diante deste desafio, é possível promover espaços nos centros de saúde com profissionais da educação física, fisioterapia ou mesmo grupos autogeridos de práticas de atividade física como caminhadas, além de compartilhar aplicativos gratuitos e plataformas digitais que promovam boa orientação para exercícios em casa.

Orientar fatores que aumentam adesão à prática regular de atividade física: próxima de casa ou trabalho, ter companhia para sua realização, ter horário marcado. Orientar formas de redução de danos para garantir alguma atividade física diariamente, diferente do que as pessoas pensam, não é preciso estar matriculado em academia com 1h de treino. Durante o dia, caminhar algumas quadras, usar escadas ao invés de elevador e outras formas de movimentar-se durante o dia podem garantir aumento de frequência cardiovascular em diversos momentos durante o dia. Ressaltar ainda a importância de atividade física com carga sempre que possível, dada melhora do ganho de massa muscular, melhora de perfil metabólico, garantia de funcionalidade para o bem viver do envelhecimento.

É importante sempre lembrar que a atividade física deve ser acompanhada de alimentação balanceada e a hidratação adequada.

Alimentação

Como vimos anteriormente, a menopausa causa importantes mudanças metabólicas que promovem aumento do risco cardiovascular (aumento de colesterol, triglicerídeos e aumento de resistência à insulina) além de depósito de gordura abdominal, perda de massa óssea e muscular. É de suma importância que profissionais dialoguem sobre a relevância de uma alimentação saudável rica em alimentos frescos, carnes, grãos e vegetais (BRASIL 2014). O estudo observacional WHI (BEASLEY et. al., 2010) demonstrou que uma ingestão de 1,2/kg/dia de proteína

promoveu diminuição da perda de massa muscular e também melhora da função física. No entanto, ensaios clínicos randomizados não demonstraram, que a proteína extra está sempre associada a maior massa muscular magra em mulheres na pós-menopausa, mesmo porque para a construção de massa magra é necessário conciliar atividade física à oferta extra de proteína.

Dialogar sobre alimentação exige tocar em temas como divisão de tarefas domésticas para que se possa garantir que essa alimentação se realize em diferentes contextos. São as mulheres, na maior parte dos seus lares, as responsáveis pelo cuidado e trabalho doméstico, portanto conversar sobre divisão de tarefas, preparo de marmitas para a semana pode ser uma forma de contribuir para a redução de consumo de comidas ultra processadas que tanto dano trazem à saúde.

Embora as pesquisas sejam limitadas, um ensaio clínico randomizado com mulheres na pós-menopausa mostrou que uma dieta baseada em vegetais, com baixo teor de gordura e suplementada com meia xícara de soja cozida por dia, reduziu em até 88% os sintomas vaso motores (VMS) moderados a graves após 12 semanas, em comparação com 34% de redução no grupo sem mudança alimentar (BARNARD et al. 2023)

Evidências observacionais sugerem que maior consumo de frutas e vegetais está associado a menos sintomas da menopausa, enquanto mulheres que seguem uma dieta vegana relatam menos VMS incômodos em comparação com aquelas que consomem carne (SOLEYMANY et al 2019). Sintomas vasomotores, sexuais, somáticos, de memória e concentração mais intensos estão associados a um maior consumo de alimentos ultraprocessados, enquanto aquelas com maior consumo de vegetais relataram menor intensidade dos sintomas da menopausa e melhor qualidade de vida (Noll et al, 2021).

Estudos de coorte apontam que dietas ricas em gordura e açúcar estão relacionadas a maior risco de VMS, enquanto maior ingestão de soja e vegetais está associada a menos sintomas, e o consumo de aves e laticínios desnatados a sintomas mais intensos (BEEZHOLD 2018).

Segundo a NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (NAMS 2023) Apesar desses achados, as evidências clínicas ainda são limitadas e, portanto, a modificação dietética não pode ser formalmente recomendada como tratamento para

VMS (Nível III), observa-se que o ajuste nutricional com uma dieta balanceada em macronutrientes: carboidratos, proteínas e gorduras deve ser estimulado para a promoção da saúde geral e prevenção de doenças crônicas (NAMS 2023).

Mulheres com obesidade tendem a relatar maior frequência e intensidade de ondas de calor em comparação com mulheres com peso dentro da faixa considerada normal. A perda de peso pode ser considerada como estratégia para reduzir sintomas da menopausa considerando os sintomas VMS, especialmente em mulheres com sobrepeso ou obesidade, e nos estágios iniciais da transição para a menopausa (NAMS 2023).

Neste contexto, o Programa Peso Saudável, integrado ao aplicativo Meu SUS Digital, constitui em uma estratégia de baixo custo ao disponibilizar um plano estruturado de 12 semanas focado em reeducação alimentar e na prática de atividades físicas.

É importante destacar que, para as mulheres brasileiras, as orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde, oferecem um caminho seguro e cientificamente respaldado para promover saúde e bem-estar nessa fase da vida. O guia recomenda priorizar alimentos in natura ou minimamente processados, como frutas, verduras, legumes, cereais integrais, leguminosas e oleaginosas, além de incentivar a redução do consumo de produtos ultraprocessados, ricos em açúcar, gordura e sódio. Essa abordagem favorece não apenas a **prevenção de doenças crônicas**, mas também pode contribuir para uma melhor qualidade de vida durante a transição para a menopausa e pós menopausa, considerando que uma alimentação equilibrada, variada e baseada em alimentos tradicionais da cultura brasileira apoia tanto a saúde física quanto o bem-estar emocional.

Vacinação

A vacinação é uma ferramenta essencial para o controle, eliminação e erradicação de doenças imunopreveníveis, sendo crucial em todas as fases da vida incluindo a fase de transição para a menopausa e pós-menopausa, em que condições crônicas como osteoporose, doenças cardiovasculares e diabetes podem surgir ou se agravar essas condições e, indiretamente, afetar o sistema imune. Nesse contexto,

a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças por meio da imunização (BRASIL, 2025a).

A vacinação recomendada contribui para:

- Prevenção de doenças infecciosas que podem ter desfechos mais graves em mulheres nessa faixa etária;
- Redução de complicações associadas a comorbidades;
- Promoção do envelhecimento saudável, mantendo a qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2018).

A **tabela 01** ilustrada abaixo apresenta as vacinas recomendadas para pessoas acima de 40 anos disponíveis no PNI-SUS e que podem ser fornecidas em situações clínicas especiais nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). Para maiores informações acesse o site: da Sociedade Brasileira de Imunizações: <https://sbim.org.br/calendario-de-vacinacao/pacientes-especiais>

Tabela 1. Vacinas recomendadas conforme a idade, e instituições que disponibilizam.

Vacina	Idade recomendada	Esquema/ Doses	Disponibilidade (SUS/CRIE/ Privado)	Observações
Hepatite B	Qualquer idade, se não vacinada previamente	3 doses (0-1-6 meses)	SUS	Checar sorologia antes se disponível
Dupla Adulto (dT)	Reforço a cada 10 anos (ou 5 anos em risco)	Reforço decenal	SUS	Importante para prevenção de tétano e difteria
Tríplice Viral (SCR)	Até 49 anos sem comprovação vacinal	2 doses	SUS até 49 anos	Contraindicada em gestantes e imunossuprimidas
Influenza	Anual	1 dose anual	SUS (grupos prioritários) e privado	Reforçada em mulheres menopausadas pelo risco de complicações
COVID-19	Conforme orientações atualizadas do MS	Esquema definido pelo PNI	SUS	Atualizações frequentes; seguir boletins do MS
Febre Amarela	Uma dose em residentes ou viajantes para áreas de risco	Dose única (reforço pode ser necessário)	SUS (conforme área)	Avaliar contraindicações (idosas, imunossuprimidas)
HPV	Até 45 anos (pode ser considerada acima em decisão compartilhada)	3 doses (0-1/2-6 meses)	SUS até 14 anos; privado até 45 anos; CRIE para imunossuprimidas	Reduz risco de câncer ginecológico e orofaríngeo
Pneumocócicas	A partir de 50 anos (ou antes em comorbidades)	VPC15 ou VPC20 (ou VPC13 + VPP23 sequencial)	CRIE (situações especiais) e privado	Previne pneumonia e doença pneumocócica invasiva
Herpes Zóster	A partir de 50 anos	2 doses com intervalo de 2 meses	Privado; CRIE em imunossuprimidas	Reduz risco de zóster e neuralgia pós-herpética
Hepatite A	Adultos suscetíveis	2 doses (0-6 meses)	Privado; CRIE em situações especiais	Pode ser combinada com hepatite B (A+B)
dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche acelular)	Reforço substitui uma das doses de dT	1 dose substituindo reforço de dT	SUS	Importante em contato com bebês
Varicela	Adultos suscetíveis sem histórico de doença ou vacina	2 doses (intervalo 4 semanas)	SUS até 29 anos; privado em qualquer idade	Contraindicada em imunossuprimidas

Vacina	Idade recomendada	Esquema/ Doses	Disponibilidade (SUS/CRIE/ Privado)	Observações
Meningocócicas (ACWY e B)	Adultos em risco ou surtos	1 a 2 doses + reforços conforme vacina	CRIE ou privado	Indicado em imunodeprimidas e surtos

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) adota uma abordagem equitativa que reconhece as desigualdades sociais, territoriais e culturais na definição do Calendário Nacional de Vacinação. No caso das mulheres indígenas que vivenciam a transição para a menopausa e pós-menopausa, essa perspectiva torna-se ainda mais relevante, considerando os múltiplos fatores que podem comprometer o acesso aos serviços de saúde e a efetividade da imunização.

As recomendações do PNI para povos indígenas, especialmente os de recente contato ou isolados, seguem normas específicas em parceria com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), e preveem uma atenção diferenciada conforme os riscos epidemiológicos locais. Para mulheres indígenas nessa fase da vida, as vacinas indicadas no calendário adulto — como hepatite B, dupla adulto (dT), influenza, COVID-19 e febre amarela — devem ser avaliadas e atualizadas com atenção especial às condições de saúde, histórico vacinal e possibilidade de comorbidades.

Estratégias da Atenção Primária à Saúde para ampliação da cobertura vacinal.

A APS deve adotar estratégias para garantir a atualização do calendário vacinal das mulheres na transição menopausal:

1. Manter as salas de vacinação em funcionamento durante todo o horário da unidade de saúde;
2. Reduzir barreiras de acesso;
3. Aproveitar todas as oportunidades de contato com a usuária para verificar e atualizar a situação vacinal;
4. Realizar busca ativa de mulheres com esquemas vacinais incompletos;
5. Registrar adequadamente as vacinas administradas nos sistemas de informação e no cartão de vacinação da usuária;

6. Promover ações educativas sobre a importância da vacinação nessa fase da vida;
7. Combater informações falsas e mitos relacionados às vacinas;
8. Intensificar a vacinação em situações de surtos ou campanhas específicas;
9. Garantir a disponibilidade de vacinas e insumos necessários;
10. Capacitar continuamente os profissionais de saúde sobre as atualizações do calendário vacinal (BRASIL, 2025b).

Versão preliminar

15.2 Opções Medicamentosas Hormonais

A deficiência estrogênica decorrente da insuficiência ovariana fisiológica, progressiva e permanente está associada ao surgimento dos sinais e sintomas menopausais. A terapia hormonal, quando indicada e na ausência de contraindicações, alivia principalmente os sintomas vasomotores, os sintomas associados ao trato genital inferior (síndrome geniturinária da menopausa) e reduz o risco de osteoporose e de fratura por osteoporose de causa primária (hipoestrogenismo). Além disso, os benefícios relacionados ao declínio cognitivo, redução do risco de doenças crônico-degenerativas e melhora da qualidade de vida (NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2022; INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY, 2021; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; FIGO, 2022; FEBRASGO, 2022; SOBRAC, 2024).

A terapia hormonal da menopausa (THM) deve ser prescrita na janela de oportunidade onde iniciam os sintomas menopausais, ou seja, indicada em pessoas sintomáticas, que estejam dentro de 10 anos após o início da menopausa ou com menos de 60 anos (FEBRASGO, 2022; SOBRAC, 2024).

A escolha do tipo de terapia hormonal deve ser baseada na história clínica (anamnese), exame físico, bem como o rastreamento e exames complementares necessários e direcionados, principalmente a avaliação de risco cardiovascular e de câncer de mama; além do diálogo e aconselhamento sobre o desejo de usar a terapia hormonal (FEBRASGO, 2022; SOBRAC, 2024).

Em pessoas com útero, a progesterona natural ou outros progestagênios devem ser associados ao tratamento com estrogênios para minimizar os efeitos proliferativos sobre o endométrio (FEBRASGO, 2022; SOBRAC, 2024).

Indicações

- **Alívio de sintomas vasomotores (ondas de calor, suores noturnos)** (FEBRASGO, 2022; SOBRAC, 2024):

O uso de diferentes tipos e vias de terapia estrogênica para o alívio dos SVM mostrou diminuição na frequência e na intensidade dos fogachos e outros sintomas vasomotores. A THM é o tratamento mais efetivo para redução desses sintomas.

- **Tratamento da síndrome geniturinária da menopausa:**

A terapia estrogênica é efetiva para o tratamento dos sintomas da SGM sendo a via vaginal a de escolha para mulheres que apresentam apenas queixas de hipoestrogenismo local – atrofia urogenital reduzindo os sintomas de ressecamento, dispareunia e irritação vaginal. Também pode reduzir os sintomas urinários de incontinência de urgência e infecções urinárias de repetição nessa fase da vida. O estrogênio vaginal pode ser administrado através de cremes, óvulos ou comprimidos vaginais. A estrogenerioterapia vaginal pode ser associada à TH sistêmica quando houver associação a sintomas vasomotores e/ou prevenção e tratamento da osteoporose. (NAMS 2020 DOI: 10.1097/GME.0000000000001609).

- **Prevenção e tratamento da perda óssea relacionada ao hipoestrogenismo:**

Os estrogênios, usados isoladamente ou em combinação com os progestagênicos, apresentam efeito inibidor da reabsorção óssea, com repercussão na remodelação óssea e redução do risco de fraturas osteoporóticas.

- **Insuficiência ovariana prematura (antes dos 40 anos de idade);**

É a redução da reserva ovariana com insuficiência ovariana e consequente hipoestrogenismo antes dos 40 anos de idade. Esta patologia pode resultar em sintomas mais intensos e mais frequentes quando comparados ao hipoestrogenismo natural, especialmente quando causada pela remoção cirúrgica dos ovários, impactando negativamente na qualidade de vida.

Mulheres com insuficiência ovariana prematura (IOP) devem receber terapia hormonal até pelo menos a idade média normal de ocorrência da menopausa, ou seja, ao redor dos 50 anos para evitar as consequências negativas do hipoestrogenismo. Estas pessoas devem ser reconhecidas e acolhidas no SUS e encaminhadas a atenção especializada pois quando não tratadas adequadamente apresentam maior risco cardiovascular, impacto negativo na saúde óssea e mental (ESHRE, 2025 DOI: 10.1016/j.fertnstert.2024.11.007).

Contraindicações da Terapia Hormonal

As contraindicações absolutas para a TH incluem (FEBRASCO, 2022; SOBRAC, 2024):

- Câncer de mama
- Câncer de endométrio

- Câncer de ovário seroso de baixo grau, tumores de células da granulosa e câncer endométrioide ou outro câncer sensível ao estrogênio;
- Doença arterial coronariana;
- Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Infarto Agudo do miocárdio (IAM);
- Tromboembolismo Venoso (TEV) em atividade ou prévio (levar em conta a via de administração);
- Alto risco de tromboembolismo nos casos de doenças hereditárias ou doenças identificadas no histórico pessoal;
- Sangramento vaginal de causa desconhecida;
- Doença hepática ativa ou descompensada;
- Porfiria.

Controvérsias

Algumas situações clínicas podem ser consideradas **contraindicações relativas**, onde a depender do grau de gravidade da situação clínica a TH será contraindicada ou a revisão do tipo, dose e via de administração de terapia hormonal pode ser considerada. Por exemplo, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes controlado não são consideradas contraindicações à terapia hormonal dando-se preferência para administração por via transdérmica. Entretanto, casos de hipertensão arterial sistêmica não controlada e o diabetes mellitus não-controlados e/ou associados a outros riscos cardiovasculares como obesidade e dislipidemia, são exemplos de situações onde deve haver uma avaliação de atenção especializada prévia para controle da doença antes de iniciar a TH individualizada. A endometriose não é contraindicação para a TH mas mesmo que a paciente tenha sido submetida a histerectomia, deve-se prescrever a TH combinada com adição do progestagênio para evitar reativação de focos ectópicos da doença e diminuir o risco de transformação maligna dos endometriomas após a menopausa. As usuárias tabagistas, obesas (IMC>30), varizes significativas, enxaqueca com aura ou que vão passar por imobilização prolongada também merecem atenção redobrada na indicação.

Outros Benefícios descritos (NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2022; INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY, 2021; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; FIGO, 2022; FEBRASGO, 2022; SOBRAC, 2024):

A TH oferece diversos benefícios secundários como:

- Melhora da qualidade do sono com redução dos despertares noturnos;
- Melhora da função sexual, principalmente a terapia estrogênica vaginal, melhorando o ressecamento vaginal, redução de lubrificação e elasticidade vaginal, bem como dispareunia de penetração e disúria;
- Efeitos benéficos no tecido ósseo, muscular, sinovial e na cartilagem, podendo melhorar sintomas relacionados a articulações;
- Estrogênio melhora o perfil lipídico, atuando nas lipoproteínas do fígado;
- Redução do risco de câncer colorretal;
- Estrogênio promove ação nas vias serotoninérgica e dopaminérgica compatíveis com melhora dos sintomas emocionais (melhora do humor e sintomas de depressão) assim como memória e função cognitiva na perimenopausa. No entanto, não previne doenças como o Alzheimer;
- Melhora da qualidade de vida no geral;
- Melhora a distribuição de gordura com menor acúmulo de gordura abdominal;

Esses benefícios estão descritos na literatura científica, no entanto isoladamente não são indicação para a prescrição de terapia hormonal.

Efeitos Colaterais

Os progestagênios podem ser sintéticos ou naturais (semelhantes à progesterona produzida endogenamente). Os progestagênios podem ter várias ações, dentre elas progestagênica, antiestrogênica, androgênica, antiandrogênica, glicocorticoide e antimineralocorticoide. A intensidade da ação pode estar relacionada aos efeitos colaterais e tipo de progestagênio, dose e via de administração. De uma maneira geral os progestagênios podem causar sensibilidade nas mamas, alterações de humor, sonolência, fadiga, humor mais depressivo, irritabilidade, altera-

ções na pele (acne e oleosidade), retenção hídrica, alteração lipídica e mudanças no padrão de sangramento.

Os estrogênios podem causar náuseas, distúrbios gastrointestinais (quando utilizados por via oral), sensibilidade mamária, dor de cabeça, retenção de líquido e edema. Há variações individuais e até mesmo entre os diferentes compostos estrogênicos, doses, e vias de administração no que se refere aos efeitos colaterais.

O risco de tromboembolismo venoso é aumentado entre usuárias de terapia hormonal, particularmente entre usuárias por via oral. Os efeitos estão principalmente relacionados ao aumento de fatores de coagulação e alteração nos mecanismos de fibrinólise em decorrência do uso de estrogênios por via oral (passagem hepática). Porém, evidências têm associado a via transdérmica estrogênica com menor risco de trombose venosa profunda, bem como acidente vascular cerebral.

Tipos de Terapia Hormonal

A escolha da formulação e da via de administração dependem da presença ou ausência de útero bem como da história clínica, da presença de comorbidades ou fatores de risco clínicos e das preferências da mulher. (NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2022; INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY, 2021; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; FIGO, 2022; FEBRASGO, 2022; SOBRAC, 2024):

- Estrogênio isolado - indicado para mulheres histerectomizadas.
- Estrogênio combinado com progestagênio - indicado para mulheres com útero, para proteção endometrial. Vale comentar que a terapia combinada contínua na ausência de útero pode ser usada em alguns casos especiais como no histórico prévio de endometriose.
- Terapia hormonal combinada cíclica (Estrogênio diário combinado com 12 a 14 dias de progestagênio) - preferencialmente durante a transição menopausal para mulheres com útero.
- Terapia hormonal combinada e contínua (Estrogênio combinado com progestagênio) - geralmente utilizada na pós menopausa em mulheres com útero.

Terapias hormonais com a testosterona associada ou isolada não são abordadas nesta edição do Manual.

Tipos de estrogênios e progestagênios

Biologicamente os estrogênios são sintetizados no organismo feminino pelos ovários, placenta e córtex suprarrenal além de outros tecidos e apresentam capacidade de conversão dos precursores esteroides em estrogênios como no tecido adiposo. A substância inicial para síntese dos estrogênios é o colesterol. Os precursores imediatos dos estrogênios são os androgênios em destaque androstenediona e testosterona, os 3 principais estrogênios endógenos são o estradiol, estrona e estriol, sendo o estradiol de maior potência.

O estradiol é extraído de plantas pela indústria farmacêutica e tem a mesma estrutura molecular do estradiol natural sendo comercializado pronto em farmácias em diferentes doses e podem ser administrados por via oral, transdérmica, percutânea e vaginal. Vale ressaltar que a via oral não tem efeito neutro em marcadores inflamatórios, na coagulação e está associada a níveis séricos mais estáveis.

Vias de Administração

As principais vias de administração do estrogênio são (FEBRASGO, 2022; SOBRAC, 2024):

- **Oral:** absorção pelo trato gastrointestinal com metabolização hepática e relacionada a maior risco tromboembólico (disponível na RENAME);
- **Transdérmica:** (adesivo ou gel ou spray): essa via evita a primeira passagem hepática tendo menor comprometimento de enzimas hepáticas e menos efeitos metabólicos, sendo recomendada para pessoas com risco cardiovascular intermediário como hipertensas, diabéticas, obesas, fumantes e está associada a menor risco tromboembólico;
- **Vaginal:** indicada para sintomas geniturinários - tem ação no trato geniturinário e mínimos efeitos sistêmicos (não requer proteção endometrial).

A via de administração deve ser recomendada com base nas comorbidades da paciente, preferências pessoais e tipo de sintoma predominante.

No Brasil estão atualmente disponíveis os estrogênios, 17β-estradiol e valerato de estradiol, nas vias oral e transdérmica. O estrogênio conjugado por via oral, apesar de descrito no RENAME, tem tido sua distribuição irregular em diversos municípios (FEBRASGO, 2022; SOBRAC, 2024). O Quadro 1 apresenta os principais estrogênios, vias de administração e doses utilizados para Terapia Hormonal.

Quadro 1 - Principais estrogênios, vias de administração e doses utilizados em Terapia Hormonal

ESTROGÊNIOS	DOSES
ORAL	
Estrogênios Conjugados*	0,3-0,625 mg/dia
17 beta-estradiol micronizado	0,5 - 1,0 - 2,0 mg/dia
Valerato de estradiol**	1,0 - 2,0 mg/dia
VIA TRANSDÉRMICA/gel/spray/adesivo	
Estradiol adesivo	25 - 50 - 100 mcg/dia
Estradiol gel	0,5 - 0,75 - 1,0 - 1,5 - 3,0 mg/dia

* Incluído na RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS (RENAME)

**Utilizados em TH e disponíveis em protocolos municipais e em hospitais de administração direta.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde, 2020.

Consenso Brasileiro de TH do Climatério 2024, adaptado.

Progestagênios

Os progestagênios (PG) são hormônios esteróides derivados do colesterol, que foram desenvolvidos para simular a ação biológica da progesterona e afinidade pelo receptor de progesterona. Podem ser classificados em naturais (progesterona micronizada) ou sintéticos. A progesterona natural micronizada é considerada a alternativa mais fisiológica e também está associada a menor risco tromboembólico. Existem várias classes farmacológicas de progestagênios sintéticos que além de se ligarem aos receptores de progesterona podem se ligar a diferentes receptores exercendo propriedades antiestrogênicas/estrogênicas, antiandrogênicas/androgênicas, antimineralocorticoide e glicocorticóides.

Segue Quadro 2, com os principais progestagênios, vias e doses utilizadas em Terapia Hormonal, disponíveis no Brasil.

PROGESTAGÊNIO	DOSES
VIA ORAL	
**Progesterona micronizada (cápsulas)	100 – 200 mg/dia
Acetato de medroxiprogesterona	2,5mg – 5,0 mg - 10 mg/dia (*)
Acetato de ciproterona	1mg/dia
Acetato de Noretisterona	10 mg/dia
Noretisterona	0,5 mg a 1 mg
Didrogesterona	5 -10 mg/dia
Drospirenona	2mg/d
Norgestimato	90mcg /d
VIA TRANSDÉRMICA (ADESIVO)	
Acetato de noretisterona	140 – 170 – 250 mcg/dia
VIA VAGINAL	
**Progesterona micronizada	100 – 200 mg/dia
VIA INTRAUTERINA	
Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel 52mg (**)	20 g/dia

* Incluído na RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS (RENAME)

**Utilizados em TH e disponíveis em protocolos municipais e hospitais de administração direta.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Secretaria de Ciência, Tecnologia,

Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde, 2020.
Consenso Brasileiro de TH do Climatério 2024, adaptado.

O esquema a ser prescrito deve ser a terapia estrogênica isolada para pessoas sem útero e a terapia combinada de estrogênio associado a escolha adequada do progestagênio para pessoas com útero. A terapia combinada pode ser administrada de forma cíclica preferível para pessoas na perimenopausa para melhor controle do sangramento ou a terapia combinada contínua para pessoas já em amenorréia há mais de 12 meses. A dose deve ser menor dose capaz de controlar os sintomas, iniciando-se em geral com doses baixas e ajustando-se conforme resposta clínica. A escolha da via de administração deve levar em consideração a preferência da pessoa e os riscos individuais de cada caso. É importante salientar que a escolha da terapia hormonal deve ser individualizada.

- **As pessoas com SGUM** (vaginite atrófica, síndrome uretral ou incontinência urinária de urgência) e sem as demais indicações de TH sistêmica, recomenda-se o uso exclusivo da estrogêniooterapia tópica vaginal:

Sendo disponível o estriol creme vaginal, promestrieno óvulos ou creme vaginal e o estradiol comprimidos vaginais. Qualquer dessas opções deve ser prescrita na dose inicial de uma aplicação por 14 dias consecutivos à noite (ao deitar-se) seguido da dose de manutenção de uma aplicação duas vezes por semana por 6 meses ou até reavaliar o caso clínico.

IMPORTANTE:

- A indicação da terapêutica hormonal deve ser uma decisão tomada de modo compartilhado com a usuária, pesando-se riscos e benefícios;
- Antes de iniciar a terapêutica hormonal, é fundamental realizar uma anamnese completa e exame físico detalhado. Os exames de detecção precoce de neoplasias, rastreamento de acordo com a faixa etária e realização sempre que necessário de exames complementares, além de identificar contraindicações ao uso de terapia hormonal.
- Antes de iniciar a terapêutica hormonal, é fundamental realizar o rastreamento para o câncer de mama e a propedêutica indicada para faixa etária.

- A avaliação de risco cardiovascular deve preceder a escolha da via de administração e faz parte da propedêutica da mulher acima de 45 anos ou na perimenopausa/pós menopausa.
- A escolha da melhor formulação, regime, doses e vias de administração devem ser individualizadas, considerando-se os benefícios e riscos de cada mulher.
- A janela de oportunidade para o início de uso de TH mantém-se até 10 anos após a ocorrência do último período menstrual e antes dos 60 anos de idade.
- **Não há definição para duração máxima obrigatória para a TH ou idade máxima na qual a TH deve ser suspensa. Todavia, a manutenção de TH em mulheres com mais de 65 anos sempre deve ser individualizado e ofertado de preferência a via transdérmica e com doses baixas ou ultra-baixa dose de estrogênio (ainda não disponíveis no SUS).**
- Em pessoas com útero sempre deve-se prescrever progestagênio associado ao estrogênio para proteção endometrial.

A terapia hormonal na população LGBTIA+ exige uma abordagem individualizada que considere não apenas a fisiologia, mas também os riscos epidemiológicos e o contexto da afirmação de gênero.

Em mulheres cisgêneros lésbicas, embora as indicações de manejo sigam as diretrizes gerais, deve-se atentar para a maior prevalência de fatores de risco modificáveis, como nuliparidade, obesidade e tabagismo, estudos têm mostrado uma maior prevalência de fatores cardiometabólicos, quando comparados a mulheres heterossexuais favorecendo indicação da apresentação transdérmica (SIMONI *et al.*, 2017; NAMS, 2022).

No caso de homens trans, a análise deve partir da compreensão do impacto da terapia com testosterona e das cirurgias realizadas ao longo da vida. Em indivíduos que mantêm uso contínuo de testosterona e não foram submetidos à ooforectomia, a supressão da ovulação e a amenorreia pode mascarar os sintomas da deficiência estrogênica, mas não impedem as manifestações típicas da transição para menopausa, como, secura vaginal, irritabilidade e alterações no sono. Embora o uso de estrogênios sistêmicos não seja recomendado devido ao antagonismo com a hormonização, diretrizes internacionais indicam que o estrogênio tópico em baixas doses pode ser indicado, uma vez que sua absorção sistêmica é mínima e não compromete características virilizantes (WPATH, 2022; HEMBREE *et al.*, 2017).

15.3 Terapias medicamentosas não hormonais na transição para menopausa e pós menopausa

Há situações em que a terapia hormonal é contraindicada ou não é desejada, sendo fundamental o conhecimento e a aplicação de terapias não hormonais eficazes para amenizar os sintomas durante a transição menopausal e pós-menopausa (NICE, 2024; BRITISH GYNAECOLOGICAL CANCER SOCIETY, BRITISH MENOPAUSE SOCIETY, 2024; MACHADO, POMPEI, PAIVA et al., 2024; NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2023).

Os principais motivos para essa modalidade terapêutica são:

- Pessoas que não desejam a terapia hormonal;
- Pessoas que apresentam efeitos colaterais durante a terapia hormonal
- Pessoas com contraindicação à TH.

As práticas não farmacológicas serão abordadas em outra seção do manual, e incluem as terapias comportamentais, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a hipnose, o relaxamento, a acupuntura, entre outros.

As opções farmacológicas disponíveis no mercado são os agentes antidepressivos, principalmente os inibidores da recaptação de serotonina (ISRS) e os inibidores da recepção da serotonina e noradrenalina (IRSN), que são de primeira escolha atualmente. Os anticonvulsivantes, os vasoativos e outros que atuam no eixo hipotalâmico-hipofisário também podem ser utilizados (NICE, 2024; BRITISH GYNAECOLOGICAL CANCER SOCIETY, BRITISH MENOPAUSE SOCIETY, 2024; MACHADO, POMPEI, PAIVA et al., 2024; NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2023).

De acordo com o consenso da British Menopause Society (BMS, 2024) e NAMS (2023) bem como o Consenso da Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC), os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), como a paroxetina (7,5 mg e 10mg, /dia), escitalopram (10–20 mg/dia) e citalopram (10–20 mg/dia), e os inibidores da recaptação da serotonina-norepinefrina (IRSN), como venlafaxina (37,5–75,0-150 mg/dia) e desvenlafaxina (100 mg/dia) têm demonstrado eficácia na redução da frequência e intensidade dos fogachos, sendo considerados de primeira linha para mulheres com contraindicação à terapia hormonal (NICE, 2024; BRITISH GYNAECOLOGICAL CANCER SOCIETY, BRITISH MENOPAUSE SOCIETY,

2024; MACHADO, POMPEI, PAIVA et al., 2024; NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2023).

O mecanismo de ação dessa classe de medicamentos envolve a modulação do centro de termorregulação central via neurotransmissores, principalmente serotonina e noradrenalina, no hipotálamo. Sabe-se que o estrogênio tem influência no metabolismo, produção e disponibilidade de alguns neurotransmissores em fenda sináptica, principalmente as vias serotoninérgicas e dopaminérgicas no hipotálamo. Estas mesmas vias, junto com o sistema nervoso autônomo, estão relacionados com a intensidade das queixas de calores, sudorese, alterações de sono e humor. Citados como os mais utilizados, a paroxetina, citalopram, escitalopram, venlafaxina e desvenlafaxina são efetivos reduzindo a frequência e severidade das ondas de calor enquanto a fluoxetina e sertralina parecem ser menos efetivas e com resposta negativa na sexualidade (BRITISH GYNAECOLOGICAL CANCER SOCIETY, BRITISH MENOPAUSE SOCIETY, 2024; MACHADO, POMPEI, PAIVA et al., 2024; NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2023; HAQUE et al., 2015; RADA et al., 2010; WILLIAMS, 2015).

A fluoxetina é disponível no RENAME tem menor incidência de efeitos adversos e está disponível no Sistema Único de Saúde, porém não tem eficácia comprovada na redução dos sintomas vasomotores. Tanto a fluoxetina quanto a paroxetina são inibidores da CYP2D6 (metabolismo hepático), ou seja, bloqueiam a ação dessa enzima, impedindo a conversão do tamoxifeno em endoxifeno. Portanto, não recomendados para pacientes com câncer de mama e em tratamento com tamoxifeno.

A venlafaxina tem sido amplamente indicada para mulheres com histórico de câncer de mama, especialmente aquelas em uso de tamoxifeno, no entanto, não está disponível no RENAME. Os efeitos adversos mais comuns incluem náuseas, boca seca, constipação e redução da libido, sendo geralmente dose-dependentes (BRITISH GYNAECOLOGICAL CANCER SOCIETY, BRITISH MENOPAUSE SOCIETY, 2024; MACHADO, POMPEI, PAIVA et al., 2024; NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2023; HAQUE et al., 2015; RADA et al., 2010; WILLIAMS, 2015).

Contraindicações para o uso destas classes terapêuticas são: síndrome neuroléptica, síndrome serotoninérgica, uso atual de inibidores da monoamino-oxidase. Uso com precaução em portadores de convulsões, transtorno bipolar, hiponatremia

descompensada, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal ou hepática, assim como uso concomitante de outros antidepressivos (BRITISH GYNAECOLOGICAL CANCER SOCIETY, BRITISH MENOPAUSE SOCIETY, 2024; MACHADO, POMPEI, PAIVA et al., 2024; NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2023; HAQUE et al., 2015; RADA et al., 2010; WILLIAMS, 2015).

Outros fármacos de ação em sistema nervoso central são citados para alívio dos sintomas menopausais. Incluem a gabapentina (disponível na RENAME) e a pregabalina que são descritos como linha de tratamento secundária em casos em que os ISRS e IRSN não podem ser utilizados ou não tolerados (NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2023).

A gabapentina (disponível na RENAME), um anticonvulsivante análogo do ácido gama aminobutírico (GABA), tem sido citada na literatura como uma alternativa que apresenta efetividade para tratar os sintomas vasomotores. Tem sido estudada nas doses que variam de 900mg (divididas em 3 doses diárias de 300mg) a 2400mg/dia com redução nas ondas de calor e sudorese. Os efeitos adversos mais comuns com o uso da gabapentina são tontura, sonolência e edema periférico. Para pacientes com insuficiência renal devem ser ajustadas doses (BRITISH GYNAECOLOGICAL CANCER SOCIETY, BRITISH MENOPAUSE SOCIETY, 2024; MACHADO, POMPEI, PAIVA et al., 2024; NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2023; HAQUE et al., 2015; RADA et al., 2010; WILLIAMS, 2015; PANDYA et al., 2005).

A oxibutinina tem sido citada tradicionalmente na literatura para tratamento de urge incontinência por ação em receptores muscarínicos presentes no músculo detrusor e alívio dos sintomas vasomotores. O medicamento tem sido relacionado com eventos adversos de boca seca, alteração de níveis de pressão arterial e outros efeitos colaterais como déficit cognitivo que são tempo e dose dependente e que trazem difícil adaptação e aderência a longo prazo. **Não está disponível na RENAME.** No consenso da SOBRAC refere que mulheres após tratamento de câncer de mama que utilizam tamoxifeno, a oxibutinina pode ser uma opção terapêutica (LEON-FERRE et al., 2019).

A clonidina (**não está disponível na RENAME**), é um agonista alfa-adrenérgico que atua sobre os receptores α_2 presentes em sistema nervoso com ação em hipocampo e atividade central reduzindo a hiperatividade simpática. A redução na frequência dos sintomas vasomotores tem eficácia limitada. Efeitos colaterais,

como tontura, hipotensão, dor de cabeça e boca seca podem ser observados e são dose dependente (NICE, 2024; BRITISH GYNAECOLOGICAL CANCER SOCIETY, BRITISH MENOPAUSE SOCIETY, 2024; MACHADO, POMPEI, PAIVA et al., 2024; NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, 2023).

INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA (ISRSs)		EFEITOS ADVERSOS
Paroxetina	7,5 - 25 mg/dia mg/d	Náuseas, sonolência, tontura, boca seca
Citalopran	10 - 20 mg/d	
Escitalopram	10 - 20 mg/d	
INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DE SEROTONINA E NORADRENALINA (IRSNs)		EFEITOS ADVERSOS
Desvenlafaxina	50 - 150 mg/d	Risco cardiovascular
Venlafaxina	37,5 - 150 mg/d	Ganho de peso
GABAPENTINÓIDES (Análogo ácido gama-aminobutírico)		EFEITOS ADVERSOS
Gabapentina	900 - 2400 mg/d	Sonolência, tontura
Pregabalina	150 - 300 mg/d	
AGONISTA ALFA- ADRENÉRGICO		EFEITOS ADVERSOS
Clonidina	0,1 - 0,4 mg/dia	Tontura, boca seca, hipotensão

* Em vermelho medicamentos disponíveis na RENAME (2025).

Novas classes de medicamentos de ação central demonstraram resultados no alívio dos sintomas vasomotores, por exemplo, o elizanetanto. Este é um antagonista dual do receptor de neurocinina-1 e 3 (NK-1/NK-3), que atua bloqueando esses receptores no sistema nervoso central, reduz a atividade dos neurônios KNDy, responsáveis pela hiperativação da via termorregulatória e consequentemente pela ocorrência de ondas de calor. Ao bloquear estes receptores, o elinzanetanto ajuda a restaurar o equilíbrio da temperatura corporal, reduzindo a frequência e a intensidade das ondas de calor e também melhora em sintomas de sono.

O fenizoletanto é considerado antagonista da neuroquinina B, também traz alívio dos sintomas vasomotores em nível de hipotálamo e centro termorregula-

dor. No entanto, ambas as substâncias ainda **não estão disponíveis para comercialização no Brasil e não estão disponíveis na RENAME** (LEDERMAN et al., 2023; SIMON et al., 2023).

Fitoterápicos como isoflavonas e outros são disponíveis na RENAME, mas apresentam eficácia variável e limitada, com necessidade de padronização de doses e segurança, especialmente em mulheres com histórico de câncer de mama. Importante ressaltar que a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a SOBRAC ressaltam que os **fitoestrogênios** como as isoflavonas podem ter ação em receptores da mama e, portanto, **não são indicados para alívio dos sintomas menopausais em mulheres com câncer de mama**. Os fitomedicamentos disponíveis no SUS para o tratamento dos sintomas menopausais são os derivados do *Glycine max* (soja); o *Trifolium pratense* L. e a *Actaea racemosa* L. ou Black cohosh (LETHABY et al., 2007; REED et al., 2020), e serão abordados em itens subsequentes deste capítulo.

Conclui-se que, na presença de contraindicação ou na recusa da escolha por terapia hormonal, há alternativas não hormonais com bons níveis de evidência e segurança que podem ser consideradas e disponíveis no sistema único de saúde e que individualizando o tratamento conforme o perfil clínico e preferências de cada um trazem alívio dos sintomas vasomotores.

LEMBRETES

- Inibidores seletivos de recaptção de serotonina ou da recaptção de serotonina-norepinefrina são primeira linha de tratamento e eficazes para redução de sintomas vasomotores.
- A gabapentina pode ser uma segunda opção farmacológica na redução dos sintomas vasomotores
- Os fitoestrogênios como as isoflavonas têm eficácia controversa na redução dos sintomas vasomotores e podem ter ação em receptores da mama e, portanto, não são indicados para alívio dos sintomas menopausais em mulheres com câncer de mama.

15.4 Terapias e Práticas Integrativas Complementares

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) têm trajetória consolidada no SUS, com ampla cobertura nacional e enfoque na Atenção Primária à Saúde, estando presentes em 84% dos municípios e 100% das capitais, o que reforça sua relevância na promoção do bem-estar e melhoria da saúde da população (BRASIL, 2018). Desde a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006 (BRASIL, 2006), a oferta dessas práticas vem crescendo de forma consistente; entre 2022 e 2024, houve aumento de 70,2% nos procedimentos registrados e 83,5% no número de participantes atendidos, tanto na APS quanto na Média e Alta Complexidade. O perfil dos usuários na APS é predominantemente feminino, com 79% das mulheres entre os 2.123.968 atendidos em 2024, evidenciando a importância de estratégias que considerem as especificidades da saúde da mulher (BRASIL, 2024).

Práticas Baseadas em Evidências

A prática baseada em evidências é fundamental na saúde, pois integra evidências científicas, experiência clínica e preferências do paciente, garantindo intervenções seguras e eficazes. No contexto das PICS, isso fortalece o cuidado centrado na pessoa, a tomada de decisões informadas e melhores resultados em saúde.

O Ministério da Saúde, com apoio da BIREME/OPAS/OMS, disponibilizou 31 mapas de evidências que apresentam, de forma gráfica e sintetizada, intervenções de PICS para condições de saúde específicas, servindo como ferramenta para profissionais, gestores e pesquisadores. O “Informe de Evidência Clínica em PICS: Atenção Integral à Saúde da Mulher” reúne, a partir de revisões sistemáticas e metanálises, os principais achados sobre intervenções e desfechos clínicos na saúde da mulher, abrangendo especialmente a transição para a menopausa e o período pós-menopausa (BIREME; OPAS; OMS, 2025).

Nesse contexto, pessoas que buscam apoio para o manejo de tais sintomas, devem receber informações qualificadas e suporte adequado para conhecimento das opções terapêuticas e condutas adotadas, de acordo com a individualidade e preferências de cada uma.

Para além do cuidado pautado no modelo biomédico, é importante que se faça a incorporação de outras possibilidades terapêuticas, que incluam, além da terapia hormonal, os tratamentos não hormonais e as PICS.

Segundo o *Standard do Royal College of Nursing* que trata sobre Menopausa, o manejo dos sintomas presentes na transição para a menopausa e pós-menopausa, a partir dos 45 anos, deve incluir uma abordagem integral e centrada na pessoa. Nesse sentido, as PICS se caracterizam como recursos legítimos e relevantes no processo de cuidado, especialmente para pessoas que não podem ou não desejam fazer uso da terapia hormonal. O *Standard* aborda, ainda, práticas como a acupuntura, yoga, homeopatia e aromaterapia no sentido de evidenciar tais recursos como opções terapêuticas no cuidado durante a transição para menopausa e pós menopausa.

Existe um reconhecimento de muitas publicações sobre as Práticas Integrativas, porém com diversidade de casuística, diferentes desenhos de estudo e, nos casos de fitoterápicos e ervas medicinais, há ainda a ausência de padronização de doses, sendo difícil mensuração de segurança a longo prazo e eficácia para o alívio dos sintomas vasomotores e outros benefícios como saúde óssea e mental. Assim, não são recomendadas como terapêutica medicamentosa e não medicamentosa padrão para mulheres na transição para menopausa e pós menopausa.

Medicina Tradicional Chinesa

A MTC é um sistema médico integral com milhares de anos de história na China, que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes do corpo e a natureza. Fundamenta-se na teoria do Yin-Yang (duas forças complementares) e na teoria dos cinco movimentos (madeira, fogo, terra, metal, água), aplicando essas ideias para compreender fenômenos naturais, inclusive a transição menopausal e a menopausa. O cuidado nessa perspectiva busca reduzir sintomas e promover bem-estar por meio de abordagens terapêuticas integradas (BIREME; OPAS; OMS, 2025).

Acupuntura - Intervenção integral que estimula pontos anatômicos definidos com agulhas filiformes, visando promoção, manutenção e recuperação da saúde. Pode ser utilizada isoladamente ou integrada a outros recursos terapêuticos. A OMS recomenda a acupuntura e produz diretrizes sobre eficácia, segurança e capacitação profissional (BIREME; OPAS; OMS, 2023).

Auriculoterapia - Técnica que regula psíquico e orgânico por meio de estímulos em pontos da orelha, considerado um microsistema do corpo. Utiliza agulhas, esferas metálicas ou sementes preparadas para estimular zonas neuroreativas (MELO et. al, 2017; BRASIL, 2018).

Práticas Corpo e Mente da MTC - Visam fortalecer atenção, concentração e relaxamento, trabalhando aspectos físicos e energéticos (BRASIL, 2018).

- Tai Chi Chuan: movimentos lentos e contínuos que promovem equilíbrio corporal e energético.
- Lian Gong: conjunto de três séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos, trabalhando desde a coluna até os pés, prevenindo e tratando dores musculoesqueléticas.

Ayurveda

O Ayurveda é um sistema médico indiano com mais de cinco mil anos, influenciado por outras tradições indianas e medicinas estrangeiras (grega, persa, chinesa). O termo Ayurveda significa “conhecimento da vida” e fundamenta-se na doutrina dos três humores (doshas) Vata, Pitta e Kapha e nos cinco elementos (éter, ar, fogo, água, terra), cujo equilíbrio é essencial para a saúde física, energética e emocional (BRASIL, 2017).

O desenvolvimento de doenças segue seis estágios evolutivos e a investigação diagnóstica considera tecidos afetados, humores, localização da doença, vitalidade, hábitos diários, alimentação, digestão, contexto pessoal e ambiental. O tratamento visa restabelecer o equilíbrio dos doshas, considerando a singularidade de cada pessoa, ajustando rotina diária (*dinacharya*), alimentação, atividade física, práticas respiratórias (*pranayamas*), exercícios corporais (*asanas*) e massagens com óleos medicados.

Na menopausa, chamada de Rajonivritti em sânscrito, a transição é vista como mudança de Pitta para Vata. Cada dosha apresenta sintomas específicos:

- Vata: depressão, ansiedade, insônia, fadiga.
- Pitta: ondas de calor, dores de cabeça, irritabilidade.
- Kapha: ganho de peso, cansaço, confusão, baixa disposição.

Plantas Medicinais e Fitoterapia

A fitoterapia, como terapêutica, caracteriza-se pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal (BRASIL, 2018). A OMS reconhece que na medicina tradicional o uso das plantas medicinais é intrínseco a cultura, história e crenças de um país e que essas práticas devem ser analisadas como parte integrante do sistema sanitário. Considera ainda que 80% da população mundial utiliza as plantas medicinais ou preparações destas no que se refere à APS (WHO, 2013).

No Brasil, as Plantas Medicinais e Fitoterapia são reconhecidos e institucionalizados pela PNPIC, com atribuições, responsabilidades, objetivos e demais diretrizes complementares à Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), cujo objetivo é garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos (PMF), promovendo o uso sustentável da biodiversidade, e o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

Além da PNPIC e da PNPMF, outros documentos estimulam o uso de PMF nos diferentes serviços, e orientam os profissionais de saúde quanto à prescrição, dispensação e promoção do uso racional dos medicamentos. A RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), elenca medicamentos destinados a atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira, e constitui uma ferramenta da política pública capaz de garantir a padronização e oferta de medicamentos no SUS, bem como promover o uso racional de medicamentos. Atualmente, 12 medicamentos fitoterápicos estão na RENAME, que traz além do nome científico e popular, a forma farmacêutica do fitoterápico, e a concentração/composição em que é apresentada a quantidade de marcador (para alguns casos esse valor refere-se à dose diária).

O Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira (Resolução RDC nº 60 de 10 de novembro de 2011), é um compêndio farmacopeico composto por monografias, organizadas por espécie vegetal (e droga vegetal), nas quais estão, obrigatoriamente, descritos o modo de preparo das fórmulas, a sua indicação, modo de usar e as principais advertências relacionadas (BRASIL, 2011).

Fitoterápicos

Os fitoterápicos são produtos obtidos exclusivamente de matéria-prima vegetal (planta, droga ou derivado), podendo ser simples (uma espécie) ou compostos (mais de uma espécie), com finalidade profilática, curativa ou paliativa.

Na transição para a menopausa e pós-menopausa, os fitoterápicos com ação seletiva sobre receptores estrogênicos (SERM) são chamados de fitoestrogenios e estão associados reduzir de sintomas com baixos índices de efeitos colaterais. Os fitoestrogênios mais utilizados incluem *Glycine max*, *Trifolium pratense* e *Cimicífuga racemosa*, cuja absorção é otimizada longe das refeições. Vale ressaltar que os mesmos não apresentam evidência científica

Outras espécies, como Anis (*Pimpinella anisum*), Funcho (*Foeniculum vulgare*), Alcaçuz (*Glycyrrhiza glabra*) e Erva-de-São-João (*Hypericum perforatum*), têm efeitos positivos na lubrificação vaginal, desejo sexual, excitação e satisfação, além de reduzir sintomas de atrofia vaginal, sendo seguras e bem toleradas, inclusive em menopausa precoce ou pós-histerectomia.

Além disso, o uso de fitoterápicos pode influenciar o sono, humor e bem-estar emocional, contribuindo para a qualidade de vida, desde que faça parte de um plano terapêutico individualizado e seja prescrito por profissional habilitado, garantindo segurança e eficácia. Abaixo segue uma lista de alguns fitoterápicos com possibilidade de uso na transição para menopausa e pós menopausa disponíveis no RENAME.

Os fitomedicamentos atualmente aprovados pela ANVISA para o tratamento dos sintomas da TM e PM são os derivados do *Glycine max* L. Merr (soja); o *Trifolium pratense* L. e a *Actaea racemosa* L. ou *Black cohosh*. Existe uma grande quantidade de estudos sobre a eficácia desses produtos, porém os dados têm pouca evidência científica devido a variada casuística, formulações, dosagens e seguimento. Os processos de fabricação são múltiplos e a composição é variável. Portanto, não são considerados linha de tratamento eficaz para o alívio dos sintomas vasomotores (SOBRAL et. al., 2024).

Fitoterápico	Indicações	Contraindicações	Efeitos Adversos	Interações Medicamentosas	Posologia
Glycine max (Soja) *	Redução de sintomas vasomotores; alternativa à terapia hormonal	Menores de 12 anos, gestantes, lactantes, alergia conhecida	desconforto gastrointestinal	Reduz efeito do tamoxifeno; interfere na absorção de levotiroxina; interação com antibióticos e outros medicamentos estrogênicos	50–120 mg de isoflavonas totais/dia, divididos 12/12 h
Trifolium pratense (Trevo Vermelho)	Redução de ondas de calor e sudorese; ação estrogênica-símile	Menores de 12 anos, gestantes, lactantes, alergia, doenças hormonais; evitar endometriose/miomas	Nenhum relatado em doses de até 0,16 g de isoflavonas/dia	Pode reduzir efeito do tamoxifeno; interage com anticoagulantes e antiagregantes plaquetários	Extrato bruto 240–480 mg/dia (40–80 mg de isoflavonas), até 12 meses
Cimicifuga racemosa (Cimicifuga)	Redução de ondas de calor, palpitações, alterações de humor, ansiedade, depressão; melhora atrofia vaginal	Alergia, insuficiência hepática, gestantes, lactantes	Desconforto gastrointestinal, cefaleia, erupções cutâneas, tontura	Pode antagonizar imunossuppressores, interagir com estatinas, betabloqueadores, anestésicos e agentes gastrointestinais	6 mg de extrato seco/dia; rizomas secos 40–200 mg/dia; tintura 0,4–2 mL; uso máximo 6 meses
Valeriana officinalis (Valeriana)	Distúrbios do sono, ansiedade	Menores de 12 anos, gestantes, lactantes, alergia; evitar dirigir ou operar máquinas	Tontura, cefaléia, desconforto gastrointestinal, midríase; uso prolongado pode causar insônia/cansaço	Potencializa depressores do SNC; evitar álcool	Extrato hidroetanólico 2–3 g/dia; pó 0,3–1 g 3x/dia; tintura 1–5 mL; uso recomendado 2–4 semanas
Melissa officinalis (Melissa)	Ansiedade, estresse, distúrbios do sono, cólicas intestinais	Menores de 12 anos, gestantes, lactantes, alergia; evitar dirigir ou operar máquinas	Bradycardia, entorpecimento	Potencializa hipnóticos e sedativos	Infusão 1,5–4,5 g/150 mL 1–3x/dia; extrato líquido 2–4 mL 1–3x/dia; tintura 2–6 mL 1–3x/dia

* disponível na RENAME. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf

Yoga

O Yoga é uma prática corporal e mental que combina posturas físicas (asanas), exercícios respiratórios (pranayamas) e princípios éticos, promovendo integralidade, autoconhecimento e bem-estar. Na transição para a menopausa e pós-menopausa, o Yoga contribui para melhora da qualidade de vida e com isso pode impactar positivamente nas atividades diárias. Não demonstrada evidência de benefício para controle dos sintomas vasomotores. (SOBRAC,2024)

Meditação

A meditação é uma prática mental individual que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. A prática da meditação desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência, ensinando a não se deixar influenciar por eles e compreendendo-os como fluxos mentais (BRASIL, 2018).

De modo geral, a prática da meditação auxilia no manejo de sintomas psicológicos que podem surgir ou se intensificar durante o período da transição para menopausa e pós-menopausa, como distúrbios do sono, ansiedade e depressão. Além disso, a prática estimula o autoconhecimento e autocuidado, além de ser acessível e não exigir a utilização recursos externos. A meditação pode ser praticada de forma individual e/ou coletiva, tornando-se, assim, uma ferramenta potente para promover a coletividade e criação de redes de apoio e cuidado (MELO et al, 2018; MEHRNOUSH, et al, 2021).

Terapia Comunitária Integrativa (TCI)

A TCI é uma prática terapêutica coletiva que envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades. No que diz respeito à sua base teórica, a TCI está alicerçada em cinco eixos:

Teoria da comunicação, Antropologia cultural, Pedagogia de Paulo Freire e Resiliência (BRASIL, 2018).

A prática da TCI promove um espaço potente para troca de experiências e expressão dos sofrimentos e questões da vida entre os participantes, sendo um instrumento de intervenção psicossocial. No período da transição para a menopausa e pós-menopausa, muitas pessoas vivenciam uma sobrecarga emocional, e espaços de fala e escuta são muito importantes para o enfrentamento destes sentimentos. A TCI não se propõe a solucionar problemas, mas criar e fortalecer os vínculos sociais e familiares que passam a se constituir como redes de apoio para os participantes que, consequentemente, conseguem alcançar um bem-estar físico e emocional.

A promoção da saúde da mulher é prioridade nas políticas públicas, abrangendo prevenção, tratamento de doenças e cuidado integral com a saúde mental e bem-estar. Estratégias devem considerar as especificidades das mulheres em diferentes fases da vida, incluindo a transição menopausal e a menopausa. Nos últimos anos, o aumento da expectativa de vida feminina trouxe mudanças no perfil de saúde, sendo necessário considerar determinantes sociais como condições socioeconômicas, inserção no trabalho, raça e gênero na formulação de políticas e estratégias de cuidado.

As PICS devem ser ofertadas considerando as necessidades e escolhas individuais, considerando as especificidades de cada pessoa e os diversos fatores que determinam sua saúde, sem a pretensão de substituir os tratamentos convencionais, mas sim de complementar e ampliar as possibilidades terapêuticas e as formas de cuidado disponíveis. Essa integração possibilita uma atenção mais abrangente e centrada na pessoa, especialmente para as mulheres, respeitando suas preferências e condições de saúde, o que favorece uma experiência de cuidado mais satisfatória e humanizada.

15.6 Orientações Específicas para Atividades de Grupo

O acompanhamento de mulheres na transição para a menopausa e na pós-menopausa é uma oportunidade estratégica para promoção da saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida. Na Atenção Primária, as atividades de grupo representam um recurso eficaz para oferecer suporte biopsicossocial e incentivar mudanças no estilo de vida, independentemente do uso de terapia medicamentosa, seja hormonal ou não hormonal.

Foco em Mudança de Estilo de Vida e Educação em Saúde

As atividades de grupo devem manter o foco na promoção de hábitos saudáveis. Isso inclui educação sobre alimentação adequada, incentivo à prática regular de atividade física, prevenção de doenças crônicas, orientação sobre vacinação e conscientização sobre métodos de contracepção e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (SORPRESO et al, 2012). Estudos nacionais demonstram que programas de educação em saúde conduzidos por equipes multiprofissionais podem reduzir até 30% dos sintomas menopausais, incluindo alterações de peso, níveis séricos de colesterol e sintomas de humor depressivo (SAINT-MAURICE et al., 2020).

Equipe Multiprofissional e Estruturação das Atividades

Para otimizar o impacto das atividades de grupo, recomenda-se a atuação de uma equipe multiprofissional, envolvendo enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos e assistentes sociais. Exemplos de estratégias incluem:

- Rodas de conversa: espaço para esclarecimento sobre as fases da transição menopausal e pós-menopausa, incentivando o autoconhecimento corporal e da imagem.
- Orientações nutricionais: discutidas por nutricionistas ou profissionais de saúde, considerando o contexto cultural, hábitos familiares, disponibilidade de alimentos e necessidades individuais. A ênfase deve ser em alimentação saudável do dia a dia, evitando alimentos ultraprocessados, gorduras saturadas e açúcares.

- Atividades físicas supervisionadas: oferecer locais seguros para exercícios aeróbicos de intensidade moderada, como caminhada rápida, inicialmente 150 minutos por semana, com meta de 300 minutos por semana de atividades mais vigorosas em até um ano. É importante reforçar o cuidado com sobrepeso e prevenção de lesões osteomusculares (SAINT-MAURICE et al., 2020).

Fortalecimento Muscular e Práticas Corporais

Orientar sobre exercícios de fortalecimento muscular, especialmente do quadríceps, e práticas corporais que envolvam lazer e relaxamento, como yoga e meditação, apresentam benefícios significativos no contexto físico e emocional, mesmo que não apresentem evidência científica consistente para redução de sintomas vasomotores. Entre os efeitos observados estão:

- Melhora da flexibilidade e coordenação motora.
- Redução do risco de quedas, especialmente em mulheres na pós-menopausa tardia.
- Melhora a qualidade do sono e do bem-estar psíquico e emocional.
- Promoção da socialização e integração do grupo (SAINT-MAURICE et al., 2020).

Estratégias Digitais e Recursos de Informação

Além das atividades presenciais, é recomendada a utilização de recursos digitais para ampliar o alcance das orientações. Plataformas como Menopausando permitem disponibilizar informações confiáveis sobre menopausa, alimentação saudável, atividade física e cuidados com a saúde, de forma acessível e interativa.

Importante: Ao planejar atividades em grupo para mulheres na transição para a menopausa e pós-menopausa, os profissionais de saúde devem promover acolhimento e escuta ativa, valorizando as experiências individuais, incentivar hábitos saudáveis e o comprometimento em relação à saúde, e adaptar as estratégias ao contexto social, cultural e econômico das participantes. E por fim garantir segurança física e emocional durante a realização de atividades presenciais.

A implementação dessas orientações na Atenção Primária contribui para o fortalecimento da promoção da saúde, redução de sintomas relacionados à menopausa e melhora da qualidade de vida dessas mulheres, reforçando a importância do cuidado integral e multiprofissional (SORPRESO et al, 2012).

Versão preliminar

Versão preliminar

Referências bibliográficas

Capítulo 1

AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro/Pólen, 2019.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 63–76, 2004.

BAGNOLI, Valéria Regina et al. Metabolic disorder and obesity in 5027 Brazilian postmenopausal women. *Gynecological Endocrinology*, v. 30, n. 10, p. 717–720, 2014. DOI: <https://doi.org/10.3109/09513590.2014.925869>.

BARATA, Rita Barradas. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BOBBIO, Marcello. *O doente imaginado*. São Paulo: Bamboo Editorial, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde da Mulher*. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde das Mulheres*. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de Cuidado da Atenção Integral à Saúde das Mulheres Vítimas de Violência*. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.446/2014: Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Práticas Integrativas e Complementares no SUS: fundamentos para uma política pública de saúde*. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf. Acesso em: 4 fev. 2025.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 4 fev. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 4 fev. 2025.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres: 2013-2015*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf. Acesso em: 4 fev. 2025.
- BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)*. Brasília: SPM, 2016b. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em: 4 fev. 2025.
- CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55–77.
- DAVIS, S. R. et al. Menopause. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 1, p. 15054, 23 abr. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.54>.
- FAUBION, Stephanie S. et al. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, v. 29, p. 767–794, 2022.
- FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Manual de orientação: Climatério*. São Paulo: FEBRASGO, 2010. 220 p.

- FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva de (eds.). *Tratado de Ginecologia FEBRASGO*. 1. ed. — Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. ISBN 978-85-352-3302-5.
- FIOCRUZ. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-de-atencao-a-mulher-no-climaterio/>. Acesso em: 4 fev. 2025.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2023.
- HARLOW, Sioban D. et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause*, v. 19, n. 4, p. 387–395, 2012.
- HAUK, Lisa; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG releases practice bulletin on osteoporosis. *American Family Physician*, v. 88, p. 269–275, 2013.
- HICKEY, Martha et al. An empowerment model for managing menopause. *The Lancet*, v. 403, n. 10430, p. 947–957, 2024.
- HICKEY, Martha; HUNTER, Myra S.; SANTORO, Nanette; USSHER, Jane. Normalising menopause. *BMJ*, p. 5–8, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069369>.
- IBGE—Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Pessoas de 14 anos ou mais de idade ocupadas na semana de referência, por sexo e associação a sindicato*, 2023. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7106#resultado>. Acesso em: 15 jul. 2025.
- LUI FILHO, José Francisco et al. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 37, n. 4, p. 152–158, 2015.
- LUZ, Mariana Martins Fernandes; FRUTUOSO, Maria Fernanda Prado. O olhar do profissional da Atenção Primária sobre o cuidado à mulher climatérica. *Inter-*

- face (Botucatu)*, Botucatu, v. 25, e200644, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200644>.
- MARTINELLI, Priscila Moreira et al. Heart rate variability helps to distinguish the intensity of menopausal symptoms. *PLoS ONE*, v. 15, n. 1, p. e0225866, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225866>.
- MERCER, Stewart W.; REYNOLDS, William J. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, v. 52, Suppl., p. S9–S12, 2002.
- MONTELEONE, Patrizia et al. Symptoms of menopause: global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, v. 14, n. 4, p. 199–215, 2018.
- MÜLLER, Mariana Ribeiro; LIMA, Renato César; ORTEGA, Francisco. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. *Saúde e Sociedade*, v. 32, 2023.
- NAÇÕES UNIDAS. *World Population Ageing 2019: Highlights*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2025.
- OLIVEIRA, Vanessa Cristina. Climatério e menopausa na atenção primária à saúde: avanços e desafios das políticas públicas. *Saúde Coletiva*, v. 27, n. 119, fev. 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/climaterio-e-menopausa-na-atencao-primaria-a-saude-avancos-e-desafios-das-politicas-publicas/>. Acesso em: 4 fev. 2025.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Menopause: A report of a WHO scientific group*. Geneva: WHO, 1998. (WHO Technical Report Series, n. 866).
- SENADO FEDERAL. *Mulheres na menopausa: invisibilidade deixa tratamento fora da agenda pública*. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2024/11/mulheres-na-menopausa-invisibilidade-deixa-tratamento-fora-da-agenda-publica>. Acesso em: 15 jul. 2025.

SORPRESO, Isabela Cristina Esposito et al. Health education intervention in early and late postmenopausal Brazilian women. *Climacteric*, v. 15, n. 6, p. 573–580, 2012.

SOULES, Michael R. et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertility and Sterility*, v. 76, p. 874–878, 2001.

STEWART, Moira et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TODOROVA, Lilia et al. Prevalence and impact of vasomotor symptoms due to menopause among women in Brazil, Canada, Mexico, and Nordic Europe. *Menopause*, v. 30, n. 12, p. 1179–1189, 2023.

WENDER, MCO; DALL'AGNO, ML. Climatério: conceito, epidemiologia, patogenia e consequências do hipoestrogenismo. In: FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva de (orgs.). *Tratado de Ginecologia FEBRASGO*. 1. ed. — Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. p. 603–610.

WHI – WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results. *JAMA*, v. 288, p. 321–333, 2002.

Capítulo 2

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Dossiê danos dos agrotóxicos na saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2022. Disponível em: <https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/2024/05/Saude-Reprodutiva-e-a-Nocividade-dos-Agrotoxicos-Abrasco-2024-1.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2025.

ALMEIDA, T. R. S. et al. Roda de cuidado e práticas integrativas na atenção à menopausa: experiências no SUS. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, v. 35, e20220045, 2022.

ANTRA – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. *Dossiê mortes travestis e transexuais no Brasil em 2023*. Brasília: ANTRA, 2024. Disponível em:

<https://antrabrazil.org/wp-content/uploads/2024/01/dossieantra2024-web.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2025.

ANTRA – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DO BRASIL. *Dossiê trans Brasil: um olhar acerca do perfil de travestis e mulheres transexuais no sistema prisional*. 1. ed. Brasília, DF, 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Saúde indígena: relatório final do Grupo de Trabalho de Saúde Indígena. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100006>

BARBOSA, G. F. et al. Knowledge and attitude of deaf women in relation to contraceptive methods: A systematic review. *Clinics (São Paulo)*, v. 80, p. 100558, 2025b. DOI: 10.1016/j.clinsp.2024.100558.

BARBOSA, G. F. et al. Knowledge of contraceptive methods among deaf women: a qualitative study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, v. 30, n. 1, p. 20-26, 2025a. DOI: 10.1080/13625187.2024.2429373.

BARSKY, B. A.; STEIN, M. A.; IEZZONI, L. I. Reducing disparities through online accessibility information. *JAMA Health Forum*, v. 5, n. 8, p. e241801, 2024. DOI: 10.1001/jamahealthforum.2024.1801.

BASTA, P.C. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde dos povos indígenas no Brasil: resultados do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 12, p. 3065-3076, 2012.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 99, p. 681–690, 2014.

- BOEHMER, U. et al. Cancer survivors' health behaviors and outcomes: a population-based study of sexual and gender minorities. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 115, n. 10, p. 1164–1170, 2023. doi: 10.1093/jnci/djad131.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 1988.
- BRASIL. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 136, 08 fev. 2007.
- BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*, 7 jul. 2015. Seção 1:2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 25 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-8-2024.pdf/view>. Acesso em: 24 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. 1. ed., 1. reimp. Brasília, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 24 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: Cadernos de Atenção Básica*, n. 28, vol. I. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. *População em Situação de Rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal*. Brasília, 2023.

BRASIL. *Pena Justa – Plano Nacional para o Enfrentamento do Estado de Coisas Inconstitucional nas Prisões Brasileiras: Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 347*. Brasília, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Edição Especial Saúde da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico: Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS: PNEPS-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 88 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. *Saúde e doenças no sistema penitenciário: pessoas privadas de liberdade*. Brasília: Observatório Nacional dos Direitos Humanos – ObservaHD, 2024.

BRASIL. Sistema Nacional de Informações Penais – SISDEPEN. *17º ciclo SISDEPEN – Período de julho a dezembro de 2024*. Brasília, 2025.

CARRIJO, A. P. B.; MOURA, A. L. D. B.; OLIVEIRA, A. C. P. E. Teaching of the black population's health: anti-racist lenses for a paradigm shift to address racial

- inequities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 24, p. 16784, 2022.
- CERQUEIRA, D.; BUENO, S. *Atlas da violência 2024*. Brasília: IPEA; FBSP, 2024.
- CHEUNG, A.; NOLAN, B.; ZWICKL, S. Transgender health and the impact of aging and menopause. *Climacteric*, v. 26, n. 3, p. 256–262, 2023.
- COIMBRA JR., Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: Abrasco, 2005.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). *Regras de Bangkok: Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras*. Coordenação: Luís Geraldo Sant’Ana Lanfredi. Brasília, DF: CNJ, 2016.
- EFFICACY EVA & YOU & ME_NOPAUSE. *Immigrant Women: Periods and Cycles in Transition*. [S. l.]: YouTube, 2024. Vídeo (6min). Disponível em: Immigrant Women: Periods and Cycles in Transition Acesso em: 24 jul. 2025.
- EL KHOUDARY, S. R. et al. Menopause Transition and Cardiovascular Disease Risk: Implications for Timing of Early Prevention: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, v. 142, p. e506–e532, 2020.
- FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. *Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade / Dossier health of lesbian women: promoting fairness and integrity*. Belo Horizonte: s.n., 2006. 43 p. Disponível em: <https://lilacs.bvsa-lud.org/lilacs/resource/?id=lil-736790>. Acesso em: 24 jul. 2025.
- FERREIRA, L.O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 203-219, jan./mar. 2013. DOI: 10.1590/S0104-59702013000100011
- FISH, J. et al. What are LGBT+ inequalities in health and social support—Why should we tackle them? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 7, p. 3612, 2021.

- FREDRICH, V. C. R.; SANTOS, H. L. P. C.; ROCHA, T. P.; SANCHES, L. C. Percepção de racismo vivenciado por estudantes negros em cursos de Medicina no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Interface (Botucatu)*, v. 26, p. e210677, 2022.
- FROST, D. M.; MEYER, I. H. Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, v. 51, p. 101579, 2023.
- FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA. *Nonate, Yakera Jakitane Saba / Para construir uma vida melhor / Para construir una vida mejor: abordagens sobre saúde sexual e reprodutiva e enfrentamento da violência baseada em gênero com o povo Warao*. Tradução para o espanhol por Paulina Gajardo. Brasília, DF: UNFPA, 2021. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/publicacao_-_web_adjust.pdf. Acesso em: 24 jul. 2025.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO); UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB); UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG); UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS (UFPeL); ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP/Fiocruz). *Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: FUNASA, 2010. IBGE. Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas – resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- GARCIA, J. L. et al. A abordagem multiprofissional no cuidado à mulher na menopausa: contribuições para o SUS. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 128, p. 890–905, 2021.
- GARNELO, L. Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: tendências atuais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 1-12, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00112014.
- GARNELO, L.; PONTES, A. L.; MENDES, L. L.; BORGES, G. M. Saúde indígena: uma política em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 381-390, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018242.28522017.
- GELEDÉS – Instituto da Mulher Negra; CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria. *Guia de enfrentamento do racismo institucional*. São Paulo: Geledés, 2013.

GLYDE, T. LGBTQIA+ menopause: room for improvement. *The Lancet*, v. 400, n. 10363, p. 1578–1579, 2022.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, p. 223–231, 1984.

GUEDELHA, C. S. et al. Saberes e práticas de mulheres ribeirinhas no climatério: autocuidado, uso de plantas medicinais e sistemas de cuidado em saúde. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 3, p. e17511326391, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26391>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26391>. Acesso em: 28 jul. 2025.

GUPTA, A. H. How Menopause Affects Women of Color. *The New York Times*, 23 ago. 2023. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2023/08/23/well/live/menopause-symptoms-women-of-color.html>. Acesso em: 24 jul. 2025.

HARLOW, S. D. et al. Disparities in Reproductive Aging and Midlife Health between Black and White Women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Women's Midlife Health*, v. 8, n. 1, p. 1–17, 2022.

HARRISON, T.; BECKER, H. A qualitative study of menopause among women with disabilities. *ANS Adv Nurs Sci.*, v. 30, n. 2, p. 123-138, 2007.

HOMELESS LINK. *Homeless women's health matters*. 2025. Disponível em: <https://homeless.org.uk/news/homeless-womens-health-matters/>. Acesso em: 6 fev. 2025.

HORNER-JOHNSON, W. et al. “It Would Have Been Nice to Have a Choice”: Barriers to contraceptive decision-making among women with disabilities. *Women's Health Issues*, v. 32, n. 3, p. 261-267, 2022.

IACOBUCCI, G. Menopause: Government must tackle “postcode lottery” of treatment, says report. *BMJ*, v. 379, p. 02464, 2022.

IBRAT – INSTITUTO BRASILEIRO DE TRANSFORMAÇÃO EQUIVOCADA. *OAH 2023: Observatório de Acessos à Hormonioterapia*. 2023. Disponível em: <https://revis->

taestudostransviades.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/09/oah-2023_-1.pdf. Acesso em: 24 jul. 2025.

INFANTE, C. et al. Sexualidad del migrante: experiencias y derechos sexuales de centroamericanos en tránsito a los Estados Unidos. *Salud Pública De México*, v. 55, supl. 1, p. S58-S64, 2013. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s1.5098>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2022: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2022: mais da metade da população indígena vive nas cidades. Agência de Notícias IBGE, 19 dez. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/42277-censo-2022-mais-da-metade-da-populacao-indigena-vive-nas-cidades> Acesso em: 8 set. 2025.

INTER-AMERICAN COMMISSION ON HUMAN RIGHTS. *Informe sobre mujeres privadas de libertad en las Américas: aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 8 de marzo de 2023*. Washington, D.C.: CIDH, 2023.

JUSTINO, Giovanna Brunna da Silva; SALIM, Mariana; SILVEIRA, Aline Roberta; SOUZA-SILVA, Marli Teresinha. Sobre todas as flores: educação popular em saúde e autonomia em saúde sexual no climatério/menopausa. *Revista Educação Popular em Saúde*, 2023. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/378576549>. Acesso em: 25 jul. 2025.

KEEGAN, G.; RIZZO, J. R.; JOSEPH, K.-A. Disparities in breast cancer among patients with disabilities: care gaps, accessibility, and best practices. *J Natl Cancer Inst.*, v. 115, n. 10, p. 1139-1144, 2023.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência ao pré-natal e ao parto. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00133213.

LESBOCENSO. *Relatório da Primeira Etapa – Lesbocenso*. 2022. Disponível em: <http://www.lesbocenso.com.br/relatorio-primeira-etapa>. Acesso em: 24 jul. 2025.

- LEYVA-MORAL, J. M. El climaterio y las inmigrantes ecuatorianas: una experiencia natural en manos de otros. *Index de Enfermería*, v. 22, n. 4, p. 204-208, 2013. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300003>.
- LEZZONI, L. I. et al. Use of screening and preventive services among women with disabilities. *American Journal of Medical Quality*, v. 16, n. 4, p. 135-144, 2001.
- MACLELLAN, J.; DIXON, S.; TOYE, F.; MCNIVEN, A. Perimenopause and/or menopause help-seeking among women from ethnic minorities. *British Journal of General Practice*, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2022.0569>.
- MACGREGOR, E. A. Migraine, menopause and hormone replacement therapy. *Post Reproductive Health*, v. 24, n. 1, p. 11-18, 2018.
- MAGALHÃES, C. M.; ROSA, C. K.; SOUZA, T. P.; ROSSETTO, M. Perspectivas de estudantes de Medicina sobre a própria formação e competências para trabalhar com populações indígenas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. e118, 2023.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, v. 129, n. 5, p. 674-697, 2003. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674.
- MORAES, M. N.; SANTOS, C. R. S. Oficinas populares na saúde da mulher: saberes e práticas no cuidado ao climatério. *Revista Brasileira de Educação Popular*, v. 18, n. 2, p. 43-60, 2023.
- MOURA, M. A. de; PEREIRA, Â. M. Climatério: conhecimentos e cuidados em mulheres quilombolas. *Revista Negras*, v. 4, n. 1, dez. 2024.
- MUJICA, A. *Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção Primária do município de Florianópolis*, 2017-2018. (No prelo).
- MUKARRAM, M. et al. Menopausal Symptoms in Underserved and Homeless Women Living in Extreme Temperatures in the Southwest. *Women's Health*

- Reports*, v. 2, n. 1, p. 44, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8006778/>. Acesso em: 4 fev. 2025.
- MURPHY, M. Immodest witnessing: The epistemology of vaginal self-examination in the U.S. feminist self-help movement. *Feminist Studies*, v. 30, n. 1, p. 115–147, 2004.
- NHS – National Health Service. *ECLIPSE Hormone Replacement Therapy Report*. Reino Unido, 2024.
- NICE – NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Menopause: diagnosis and management – NG23 (Update 1)*. 2024. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/update/ng23-update-1/documents/801>. Acesso em: 24 jul. 2025.
- OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. *OBPopRua/POLOS-UFGM*. Disponível em: <https://obpoprua.direito.ufmg.br/>. Acesso em: 6 fev. 2025.
- OLIVER, M.; BARNES, C. Disability studies, disabled people and the struggle for inclusion. *British Journal of Sociology of Education*, v. 31, n. 5, p. 547–560, 2010.
- PALMER, J. R. et al. Onset of Natural Menopause in African American Women. *American Journal of Public Health*, v. 93, n. 2, p. 16–18, 2003.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. *Saúde geral da mulher*. Brasília, DF: OIM, 2023. Disponível em: <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbdh1496/files/documents/2024-02/saude-geral-da-mulher.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2025.
- ROSSO, A. L. et al. Aging with a disability: a systematic review of cardiovascular disease and osteoporosis among women aging with a physical disability. *Maturitas*, v. 68, n. 1, p. 65–72, 2011.
- ROWLAND, M. et al. Health outcome disparities among subgroups of people with disabilities: a scoping review. *Disability and Health Journal*, v. 7, n. 2, p. 136–150, 2014.

- SANTOS, R.C.F.; et al. Saúde de mulheres no climatério em sistema prisional. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 22, n. 1, p. 1–8, jan./mar. 2017.
- SANTOS, R.H.B.R. et al. Qualidade de vida das mulheres em período de climatério/menopausa atendidas no serviço público do sudeste do Pará. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 1, p. 217–228, 2022.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. *Protocolo para o cuidado integral à saúde de pessoas trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero no município de São Paulo*. 2. ed. São Paulo: SMS-PMSP, 2023.
- SCHEFFER, M. Demografia médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP: CFM, 2020.
- SCHWEICKARDT, Júlio César; SILVA, Joana Maria Borges de Freitas; AHMADPOUR, Bahiyyeh (org.). *Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural*. Manaus: Fiocruz Amazônia, 2020. Disponível em: <https://www.academia.edu/44248836/>. Acesso em: 25 jul. 2025.
- SEEHUSEN, D. A. et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ*, v. 333, n. 7560, p. 171, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1513491/>. Acesso em: 11 abr. 2023.
- SMELTZER, S. C. Preventive health screening for breast and cervical cancer and osteoporosis in women with physical disabilities. *Family & Community Health*, v. 29, supl. 1, p. 35S–43S, 2006.
- SZELIGA, A. et al. Menopause in women with schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Maturitas*, v. 152, p. 57–62, 2021.
- THIERRY, J. M. Increasing breast and cervical cancer screening among women with disabilities. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, v. 9, n. 1, p. 9–12, 2000.
- THROSBY, K.; ROBERTS, C. Bodies of change: Menopause as biopsychosocial process. In: BECK, V.; BREWIS, J. (org.). *Menopause Transitions and the Workplace*:

Theorizing Transitions, Responsibilities and Interventions. Bristol: Bristol University Press, 2024. p. 20–42.

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00126013.

VOEDISCH, A. J.; ARIEL, D. Perimenopausal contraception. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, v. 32, n. 6, p. 399-407, 2020.

WESTWOOD, S. Lesbian, gay, bisexual, transgender and queer (LGBTQ+) menopause: Literature review, knowledge gaps and research agenda. *Health (London)*, 8 ago. 2024. doi: 10.1177/13634593241270923.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO, 2001.

WISDOM, J. P. et al. Health disparities between women with and without disabilities: a review of the research. *Social Work in Public Health*, v. 25, n. 3, p. 368-386, 2010.

Capítulo 9

BERGA, S. L. *Barriers to the Care of Menopausal Women*. Menopause (New York, N.Y.), 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6597249/>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13787.htm. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Lei n. 15.126, de 28 de abril de 2025. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Seção 1, p. 2, 29 abr. 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15126.htm. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de cuidado à mulher em situação de violência. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-pratico-de-cuidado-a-mulher-em-situacao-de-violencia.pdf>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. ISBN 978-85-334-2360-2. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: relatório final do Grupo Técnico de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_2004.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência sexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/violencia-sexual>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 30 de janeiro de 2002. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prto992_13_05_2009.html. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1486-0. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

CRUZ, Andrey Oliveira da; OLIVEIRA, Jene Greyce Souza de. Ética e bioética em telemedicina na atenção primária à saúde. *Revista Bioética*, Brasília, v. 29, n. 4, p. 844-854, out./dez. 2021. DOI: 10.1590/1983-80422021294518.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Diretrizes para terapia de reposição hormonal durante climatério e menopausa. Brasília: FEBRASGO, 2024. Disponível em:

<https://www.febbrasgo.org.br/pt/diretrizes/item/brazilian-guideline-on-menopausal-cardiovascular-health-en>. Acesso em: 15 out. 2025.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. Novo curso de direito civil: responsabilidade civil. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

HERRING, John. *Medical Law and Ethics*. 4. ed. United Kingdom: Oxford University Press, 2012.

HICKEY, M.; LACROIX, A. Z.; DOUST, J.; MISHRA, G. D.; SIVAKAMI, M.; GARLICK, D.; HUNTER, M. S. An empowerment model for managing menopause. *The Lancet*, v. 403, n. 10430, p. 947–957, 2024. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02799-X.

- Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38458214/>. Acesso em: 15 out. 2025.
- HIRIGOYEN, Marie-France. Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2017.
- JAMOULLE, Marc. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1–3, 2015. DOI: 10.5712/rbmfc10(35)1064. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/10644>. Acesso em: 15 out. 2025.
- MACPHERSON, B. E. *Menopause and healthcare professional education*. *Maturitas* (2022). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512222001803>. Acesso em: 15 out. 2025.
- NAHAS, E. A. P.; NAHAS-NETO, J. Terapêutica hormonal: benefícios, riscos e regimes terapêuticos. *Femina*, São Paulo, v. 47, n. 7, p. 443–448, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046536/femina-2019-477-443-448.pdf>. Acesso em: 15 out. 2025.
- NICE — NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Menopause: identification and management*. Guideline (NG23). London: NICE, nov. 2024. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>. Acesso em: 15 out. 2025.
- OLIVEIRA, G. M. M. et al. Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e Menopausa. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 112, n. 4, p. 420–440, 2024. DOI: 10.36660/abc.20240000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/fpRqtqpRp6YXLJmQTYSBggG/>. Acesso em: 15 out. 2025.
- REDE HUMANIZASUS. *Diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização: uma síntese em perguntas e respostas*. Brasília: Rede HumanizaSUS, nov. 2010. PDF. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

- REES, M.; et al. Global consensus recommendations on menopause in the workplace: European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. *Maturitas*, v. 151, p. 55–62, set. 2021. doi: 10.1016/j.maturitas.2021.06.006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512221001079>. Acesso em: 15 out. 2025.
- SANTIAGO NOGUEIRA, C. M. C. de et al. Clinical profile and quality of life in climacteric women. [*S.l.: s.n.*], 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9400204/>. Acesso em: 15 out. 2025.
- SANTOS, Sebastião J. Responsabilidade médica: civil, criminal e ética. 3. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.
- SHANNON, Claude E.; WEAVER, Warren. The Mathematical Theory of Communication. Urbana: University of Illinois Press, 1949. 117 p.
- SILVA, Regina Beatriz Tavares da (coord.). Responsabilidade Civil na Área da Saúde. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 26–40.
- SOBRAC – Sociedade Brasileira de Climatério. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério. São Paulo: SOBRAC, 2024. Disponível em: <https://sobrac.org.br/acesse-o-consenso-brasileiro-de-th-do-climaterio-2024/>. Acesso em: 15 out. 2025.
- TARIQ, B. et al. *Women's knowledge and attitudes to the menopause*. BMC Women's Health, 2023. Disponível em: <https://bmcmenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-023-02424-x>. Acesso em: 15 out. 2025.
- TESSER JUNIOR, Zeno Carlos; PAIM, Marina Bastos; SELAU, Bruna Lima; BORTOLI, Francieli Regina; KOVALESKI, Douglas Francisco. A invisibilidade das pessoas LGBT no acesso à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 22, e02743254, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2743>. Acesso em: 15 out. 2025.
- THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY. The 2022 Hormone Therapy Position Statement. *Menopause*, New York, v. 29, n. 7, p. 767–795, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35797481/>. Acesso em: 15 out. 2025.

TOLEDO, P. P. S.; SANTOS, E. M.; CARDOSO, G. C. P.; ABREU, D. M. F.; OLIVEIRA, A. B. Prontuário eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, p. 2131-2140, jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6V8wyd45cgZQ3ZjXBWXSpry/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2025.

UNITED STATES. National Institutes of Health (NIH). Office of Research on Women's Health (ORWH). *Menopause & Midlife Health*. Bethesda, MD: ORWH, 11 out. 2024. Disponível em: <https://orwh.od.nih.gov/menopause-midlife-health>. Acesso em: 15 out. 2025.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Revista Bioética*, Brasília, v. 23, n. 3, p. 513–523, 2015. DOI: 10.1590/1983-80422015233088. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/kFY5sjrzNCZYd3qVc5BLXDt/>. Acesso em: 15 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of rape and intimate partner violence survivors. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001411>. Acesso em: 15 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Menopause*. Fact sheet. Geneva: WHO, 16 out. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>. Acesso em: 15 out. 2025.

Capítulo 4

ALJUMAH, R.; PHILLIPS, S.; HARPER, J. C. An online survey of postmenopausal women to determine their attitudes and knowledge of the menopause. *SAGE Open Medicine*, v. 29, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/20533691231166543>. Acesso em: 25 fev. 2025.

BBC BRASIL. O “útero errante” era a explicação para todas as doenças das mulheres na Grécia Antiga — e esse mito durou séculos. *BBC Brasil*, 2024. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/saude-68111111>. Acesso em: 15 out. 2025.

- vel em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/cx9zl98rv4jo>. Acesso em: 25 fev. 2025.
- BRINTON, R. D. et al. Perimenopause as a neurological transition state. *Aging and Disease*, v. 6, n. 3, p. 199–221, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9934205/>. Acesso em: 25 fev. 2025.
- BROMBERGER, J. T. et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Journal of Affective Disorders*, v. 103, p. 267–272, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.03.008>.
- BROMBERGER, J. T. et al. Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Archives of General Psychiatry*, v. 67, p. 598–607, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.63>.
- BROWN, L. et al. Promoting good mental health over the menopause transition. *The Lancet*, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02801-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02801-5). Acesso em: 5 fev. 2025.
- CLEGHORN, E. *Unwell Women: A Journey Through Medicine And Myth in a Man-Made World*. London: Weidenfeld & Nicolson, 2022.
- DILLAWAY, H. Living in uncertain times: experiences of menopause and reproductive aging. In: BOBEL, C. et al. (Org.). *The Palgrave Handbook of Critical Menstrual Studies*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565637/>. Acesso em: 5 fev. 2025.
- ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORE, M. (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2004. p. 322–361.
- GENAZZANI, A. R. et al. The European Menopause Survey 2005: women's perceptions on the menopause and postmenopausal hormone therapy. *Gynecological Endocrinology*, v. 22, n. 7, p. 369–375, 1 jan. 2006.

- GUERRA, J. F. P. *Subjetivações femininas na meia-idade: a vivência da menopausa na contemporaneidade*. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/28411>. Acesso em: 5 fev. 2025.
- HUANG, K. E. et al. The Asian Menopause Survey: knowledge, perceptions, hormone treatment and sexual function. *Maturitas*, v. 65, n. 3, p. 276–283, 1 mar. 2010.
- JIA, Y. et al. Global prevalence of depression in menopausal women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.051>. Acesso em: 25 fev. 2025.
- KUPPERMAN, H. S.; BLATT, M. H. G. Menopausal index. *Journal of Clinical Endocrinology*, v. 13, n. 1, p. 688–694, 1953.
- LOPRINZI, C. L. et al. Mayo Clinic and North Central Cancer Treatment Group hot flash studies: a 20-year experience. *Menopause*, v. 15, n. 4 Pt 1, p. 655–660, jul./ago. 2008. DOI: 10.1097/gme.obo13e3181679150.
- ORIGEM DA PALAVRA. Climáterio. Disponível em: <https://origemdapalavra.com.br/palavras/climaterio/>. Acesso em: 5 fev. 2025.
- PATEL, V. Gender and mental health: a review of two textbooks of psychiatry. *Economic and Political Weekly*, v. 40, n. 18, p. 1850–1858, 2005.
- PERIANES, M. B.; KISSLING, E. A. Transnational engagements: women's experiences of menopause. In: BOBEL, C. et al. (Org.). *The Palgrave Handbook of Critical Menstrual Studies*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565599/>. Acesso em: 5 fev. 2025.
- SHITOMI-JONES, L. M. et al. Exploration of first onsets of mania, schizophrenia spectrum disorders and major depressive disorder in perimenopause. *Psychological Medicine*, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11479941/>. Acesso em: 25 fev. 2025.
- TARIQ, B. et al. Women's knowledge and attitudes to the menopause: a comparison of women over 40 who were in the perimenopause, post menopause

and those not in the peri or post menopause. *BMC Women's Health*, v. 23, n. 460, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02424-x>. Acesso em: 25 fev. 2025.

THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY. The 2023 nonhormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, v. 30, n. 6, p. 573–590, 1 jun. 2023. DOI: 10.1097/GME.0000000000002200.

ZANELLO, V. *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris Editora, 2018.

Capítulo 5

ANGELU, K. et al. The genitourinary syndrome of menopause: an overview of the recent data. *Cureus*, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 7586, 2020.

CORRÊA, K. M. et al. Frequência dos distúrbios de sono em mulheres na pós-menopausa com sobrepeso/obesidade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 90–96, 2014.

FRITZ, M. A.; SPEROFF, L. Regulation of menstrual cycle. In: FRITZ, M. A.; SPEROFF, L. *Clinical gynecological endocrinology and infertility*. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. cap. 6, p. 199–242.

GREEN, R.; SANTORO, N. Menopausal symptoms and ethnicity: the Study of Women's Health Across the Nation. *Womens Health (Lond)*, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 127–133, 2009.

MONTELEONE, P. et al. Symptoms of menopause – global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 199–215, 2018.

RADOMINSKI, S. C. et al. Brazilian guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v. 57, supl. 2, p. 452–466, 2017.

THE NAMS 2020 GSM POSITION STATEMENT EDITORIAL PANEL. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, [S.l.], v. 27, n. 9, p. 976–992, 2020.

TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO. Climatério: conceito, epidemiologia, patogenia e consequências do hipoestrogenismo. São Paulo: FEBRASGO, 2019. cap. 168, p. 1685–1694

Capítulo 6

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero*. [S.l.], 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/r/rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-diretriz-brasileira/@@download/file>. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado: rastreamento e diagnóstico do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde*. Portal Linhas de Cuidado. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/rastreamento-diagnostico/#AvaliacaoClinica>. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Menopausa e climatério. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/menopausa-e-climaterio/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 12 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)*. Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf. Acesso em: 4 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento: caderno de atenção primária nº 29. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf. Acesso em: 17 mar. 2025.

FEBRASGO; SOBRAC; SBC; SIAC. *Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa* – 2024. [S.l.]: , 2024. Disponível em: https://www.febbrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/DIRETRIZ-CLIMATERIO-e-MENOPAUSA_portugues_10052024.pdf. Acesso em: 5 ago. 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Avaliação cardiovascular e metabólica no climatério. *Posicionamento FEBRASGO*, n. 5, maio 2022. Disponível em: <<https://www.febbrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS-N5-Maio-2022-portugues.pdf>>. Acesso em: [13/03/2025].

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Propedêutica mínima no climatério. São Paulo, 2022. Disponível em: <<https://www.febbrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS-N5-Maio-2022-portugues.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2025.

FIGO – INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Global health strategies for the prevention of postmenopausal osteoporosis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 156, Suppl. 1, p. 55-69, 2022. DOI: 10.1002/ijgo.14189.

HARLOW, S.D.; GASS, M.; HALL, J.E.; et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 97, n. 4, p. 1159–1168, 2012. DOI: 10.1210/jc.2011-3362.

HEINEMANN, L. A. J.; POTTHOFF, P.; SCHNEIDER, H. P. G. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Quality of Life Outcomes*, London, v. 1, n. 28, 2003. DOI: 10.1186/1477-7525-1-28.

HILDITCH, J. R. et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, Amsterdam, v. 24, n. 3, p. 161-175, 1996. DOI: 10.1016/S0378-5122(96)82006-8.

HUANG, Alison J. et al. Day-to-Day Impact of Vaginal Aging questionnaire: a multi-dimensional measure of the impact of vaginal symptoms on functioning and well-being in postmenopausal women. *Menopause*, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 144-

- 154, 2015. DOI: 10.1097/GME.0000000000000281. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24983271/>. Acesso em: 13 mar. 2025.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Detecção precoce do câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2025.
- INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY (IMS). Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*, v. 24, n. 6, p. 572-595, 2021. DOI: 10.1080/13697137.2021.1912797.
- KUPPERMAN, H. S.; WACHTEL, T. J.; KARCZMAR, A. G. Estrogenic activity of piperazine estrone sulfate. *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, New York, v. 86, n. 2, p. 544-546, 1954.
- MESQUITA, A.O.; LUCENA, A.J.G.; BRANDÃO, A.A.; MACEDO, A.V.S.; et al. Posicionamento sobre a saúde cardiovascular nas mulheres – 2022. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 119, n. 5, p. 822-900, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/d3WptpKVSbrdDWVf7vJT8Ry/?lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2025.
- NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (NAMS). The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, v. 29, n. 7, p. 767-794, 2022. DOI: 10.1097/GME.0000000000002028.
- OLIVEIRA, G. M. M. et al. Brazilian Guideline on Menopausal Cardiovascular Health – 2024. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 121, n. 7, p. e20240478, 16 ago. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20240478>. Acesso em: 2 abr. 2025. Erratum em: *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 121, n. 10, p. e20240681, out. 2024. DOI: 10.36660/abc.20240681.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Research on the Menopause in the 1990s: Report of a WHO Scientific Group. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41841>. Acesso em: 9 mar. 2025.
- RADOMINSKI S.C., BERNARDO W., PAULA A.P., ALBERGARIA B.H., MOREIRA C., FERNANDES C.E., et al. Brazilian guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Rev Bras Reumatol*. 2017;57 Suppl 2:452-66.

SANTORO, N.; PERKINS, N.; GREEB, J.; et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 97, n. 4, p. 1159–1168, 2012. DOI: 10.1210/jc.2011-3362.

SOBRAC. Consenso Brasileiro de Terapia Hormonal no Climatério. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO ÓSSEA E OSTEOMETABOLISMO (ABRASSO). *Definition and management of very high fracture risk in women with postmenopausal osteoporosis: a position statement*. São Paulo, 2023. Disponível em: https://www.aem-sbem.com/wp-content/uploads/articles_xml/2359-4292-aem-2359-3997000000522/2359-4292-aem-2359-3997000000522.pdf. Acesso em: 4 ago. 2025.

Capítulo 7

ALABADI, B. et al. *Nutrition-based support for osteoporosis in postmenopausal women: a review of recent evidence*. *International Journal of Women's Health*, v. 16, p. 6930705, 2024. DOI: 10.2147/IJWH.S409897. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11034565/pdf/ijwh-16-693.pdf>. Acesso em: 24 out. 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAO, W. et al. Physical activity and sedentary behaviors associated with risk of progression from gestational diabetes mellitus to type 2 diabetes mellitus: a prospective cohort study. *JAMA Internal Medicine*, [S. l.], v. 174, n. 7, p. 1047-1055, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1795>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 38: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Câncer de pele*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-pele>. Acesso em: 7 out. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Fascículo 1 – Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade de São Paulo, 2021. 26 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf. Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. : il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Atividade Física para a População Brasileira*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-ter-peso-saudavel/guia-de-atividade-fisica-para-a-populacao-brasileira.pdf>. Acesso em: 7 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade Federal de Sergipe, 2022. 51 p. : il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf. Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo de Abordagem Coletiva para manejo da obesidade no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 150 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo de Abordagem Individual para o manejo da obesidade no SUS / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais – Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 192 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 65 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sobrepeso_obesidade_aps.pdf. Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do sono*. Recife: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Rede EBSEERH, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/comunicacao/noticias/EbookManualdoSonoHCUFPE.pdf>. Acesso em: 7 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo: implementando o Guia Alimentar para a População Brasileira em equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade de São Paulo, 2019. 143 p. : il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_implementando_guia_alimentar.pdf. Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; Universidade de Brasília, 2022. 37 p. : il. (Protocolos de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira; v. 2). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/volume2_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf. Acesso em: 23 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 95 p.

BROOKE-WAVELL, K. *et al.* Strong, steady and straight: UK consensus statement on physical activity and exercise for osteoporosis. *British Journal of Sports Medicine*, [S. l.], v. 56, n. 15, p. 837–846, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-104634>.

- BROWN, L.; HUNTER, M. S.; CHEN, R.; CRANDALL, C. J.; GORDON, J. L.; MISHRA, G. D.; ROTHER, V.; JOFFE, H.; HICKEY, M. Promoting good mental health over the menopause transition. *The Lancet*, v. 403, n. 10430, p. 969-983, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)02801-5.
- BUJA, A.; PIERBON, M.; LAGO, L.; GROTO, G.; BALDO, V. *Breast cancer primary prevention and diet: an umbrella review. International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 13, p. 1-43, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17134731. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32630215/>. Acesso em: 26 out. 2025.
- BULL, F. C. et al. *World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British Journal of Sports Medicine*, v. 54, n. 24, p. 1451-1462, 2020. DOI: 10.1136/bjsports-2020-102955.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>.
- CAPRARA, G.; PALLAVI, R.; SANYAL, S.; PELICCI, P. G. *Dietary restrictions and cancer prevention: state of the art. Nutrients*, v. 17, n. 3, p. 1-45, 2025. DOI: 10.3390/nu17030503. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39940361/>. Acesso em: 26 out. 2025.
- CARR, M. C. The emergence of the metabolic syndrome with menopause. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, [S. l.], v. 88, n. 6, p. 2404-2411, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030242>.
- CHANG, K. et al. *Ultra-processed food consumption, cancer risk and cancer mortality: a large-scale prospective analysis within the UK Biobank. EclinicalMedicine*, v. 56, p. 1-12, 2023. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.101840. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(23\)00017-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(23)00017-2/fulltext). Acesso em: 26 out. 2025.
- CIESIELSKA, A.; KUSIAK, A.; OSSOWSKA, A.; GRZYBOWSKA, M. E. Changes in the oral cavity in menopausal women—A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, p. 253, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010253>.

- COURNEYA, K. S. *et al.* Structured exercise after adjuvant chemotherapy for colon cancer. *New England Journal of Medicine*, v. 393, n. 1, p. 13–25, 3 jul. 2025. DOI: 10.1056/NEJMoa2502760.
- CRAIG, C. L. *et al.* International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v. 35, n. 8, p. 1381–1395, 2003. DOI: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB.
- CYDEJKO, A.; KUSIAK, A.; GRZYBOWSKA, M. E.; KOCHAŃSKA, B.; OCHOCIŃSKA, J.; MAJ, A. *et al.* Selected physicochemical properties of saliva in menopausal women—A pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, p. 2604, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072604>.
- DAVIS, S. R.; PINKERTON, J.; SANTORO, N.; SIMONCINI, T. Menopause—Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options. *Cell*, v. 186, p. 4038–4058, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2023.08.016>.
- DIELI-CONWRIGHT, C. M. *et al.* Aerobic and resistance exercise improves physical fitness, bone health, and quality of life in overweight and obese breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Breast Cancer Research*, v. 20, n. 1, p. 124, 19 out. 2018. DOI: 10.1186/s13058-018-1051-6.
- EL KHOUDARY, S. R. *et al.* Menopause transition and cardiovascular disease risk: implications for timing of early prevention: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, [S. l.], v. 142, n. 25, p. e506–e532, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000912>
- ERDÉLYI, A. *et al.* The importance of nutrition in menopause and perimenopause – a review. *Nutrients*, v. 16, n. 1, p. 1–21, 2024. DOI: 10.3390/nu16010027. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10780928/>. Acesso em: 24 out. 2025.
- FICARRA, S. *et al.* Impact of exercise interventions on physical fitness in breast cancer patients and survivors: a systematic review. *Breast Cancer*, v. 29, n. 3, p. 402–418, maio 2022. DOI: 10.1007/s12282-022-01347-Z.

- FLOREZI, G. P.; LABATE, M. T. V.; LABATE, C. A.; BARONE, F. P.; LOURENÇO, S. V. Functional genomics using high-throughput methods for salivary analysis in Sjögren's disease. *Oral Diseases*, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/odi.15328>.
- FOGLIO-BONDA, P. L.; ROCCHETTI, V.; NARDELLA, A.; FANTINATO, M.; SANDHU, K.; FOGLIO-BONDA, A. Salivary pH and flow rate in menopausal women. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, v. 23, p. 918–922, 2019. DOI: https://doi.org/10.26355/eurrev_201902_16977.
- FONSECA, A. M. da; BAGNOLI, V. R.; MASSABKI, J. O. P.; ARIE, W. M. Y.; AZEVEDO, R. S.; SOARES, J. M. et al. Brazilian women's health after 65 years of age. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 39, p. 608–613, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604200>.
- FOSTER-SCHUBERT, K. E. et al. Effect of diet and exercise, alone or combined, on weight and body composition in overweight-to-obese postmenopausal women. *Obesity (Silver Spring)*, [S. l.], v. 20, n. 8, p. 1628–1638, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1038/oby.2011.76>.
- FREEMAN, E. W. et al. Hormonal fluctuations and mood in perimenopause: Insights from longitudinal studies. *Psychoneuroendocrinology*, v. 157, p. 106324, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38642901/>. Acesso em: 7 jul. 2025.
- GOLDSTEIN, J. M. et al. Sex differences in the neurobiology of stress: Implications for depressive disorders. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, v. 53, n. 3, p. 321–333, 2024. Disponível em: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(24\)00349-6/fulltext](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(24)00349-6/fulltext). Acesso em: 7 jul. 2025.
- HACHUL, H. et al. O ciclo reprodutivo influencia os padrões de sono em mulheres com queixas de sono? *Climacteric*, v. 13, n. 6, p. 594–603, 2010.
- HACHUL, H. et al. Ondas de calor, insônia e fases reprodutivas: uma observação transversal de mulheres do estudo EPISONO. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, v. 17, n. 11, p. 2257–2267, 2021.

- HYVÄRINEN, M. *et al.* Metabolic health, menopause, and physical activity — a 4-year follow-up study. *International Journal of Obesity (London)*, [S. l.], v. 46, n. 3, p. 544-554, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41366-021-01022-x>.
- HOWE, T. E. *et al.* Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S. l.], n. 7, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD000333.pub2.
- HU, Z. *et al.* An integrative analysis of menopausal depression: roles of inflammation, HPA axis, and serotonin. *American Journal of Translational Research*, v. 15, n. 4, p. 2016–2026, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10086901/pdf/ajtro015-2016.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2025.
- ILESANMI-OYELERE, B. L.; KRUGER, M. C. *Nutrient and dietary patterns in relation to the pathogenesis of postmenopausal osteoporosis: a literature review*. *Life*, v. 10, n. 10, p. 1-13, 2020. DOI: 10.3390/life10100220. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32992740/>. Acesso em: 24 out. 2025.
- JOFFE, H. *et al.* Menopausal symptoms and depressive disorders: updated findings and clinical implications. *Menopause*, v. 30, n. 8, p. 861–869, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37399764/>. Acesso em: 7 jul. 2025.
- KARAVADRA, B.; CURRIE, H.; MORRIS, E. Menopause care in the changing face of primary care. *Post Reproductive Health*, v. 30, n. 4, p. 209-210, 2024. DOI: 10.1177/20533691241301978.
- KHALAFI, M. *et al.* Exercise training, dietary intervention, or combined interventions and their effects on lipid profiles in adults with overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, [S. l.], v. 33, n. 9, p. 1662-1683, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2023.05.024>
- KODOTH, V.; SCACCIA, S.; AGGARWAL, B. Adverse Changes in Body Composition During the Menopausal Transition and Relation to Cardiovascular Risk: A Contemporary Review. *Women's Health Reports*, v. 3, n. 1, 2022. DOI: 10.1089/whr.2021.0119. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9258798/pdf/whr.2021.0119.pdf>. Acesso em: 23 out. 2025.

- LABUNET, A.; OBJELEAN, A.; KUI, A.; RUSU, L.; VIGU, A.; SAVA, S. Oral manifestations in menopause—A scoping review. *Medicina*, v. 61, p. 837, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina61050837>.
- LANE, M. M. et al. *Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses*. *The BMJ*, [s. l.], v. 384, 2024. DOI: 10.1136/bmj-2023-077310.
- LOW, W. Y. et al. The effectiveness of psychosocial interventions on psychological outcomes among menopausal women: a systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, v. 29, n. 3, p. 230–239, 2023. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10088347/pdf/10.1177_10398562231165439.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.
- MAGGIO DA FONSECA, A. et al. *Impact of age and body mass on the intensity of menopausal symptoms in 5968 Brazilian women*. *Gynecological Endocrinology*, v. 29, n. 2, p. 116–118, 2013.
- MAHESH, D. R.; KOMALO, G.; JAYANTHI, K.; DINESH, D.; SAIKAVITHA, T. V.; DINESH, P. Evaluation of salivary flow rate, pH and buffer in pre, post & postmenopausal women on HRT. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, v. 8, p. 233–236, 2014. DOI: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8158.4067>.
- MANSON, J. E.; CRANDALL, C. J.; ROSSOUW, J. E. et al. The Women's Health Initiative Randomized Trials and Clinical Practice: A Review. *JAMA*, v. 331, n. 20, p. 1748–1760, 2024. DOI: 10.1001/jama.2024.6542.
- MARTÍNEZ, P. E.; RUBINOW, D. R. Neuroendocrine mechanisms in perimenopausal depression. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, v. 35, n. 5, p. 245–256, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38735578/>. Acesso em: 7 jul. 2025.
- MEURMAN, J. H.; TARKKILA, L.; TIITINEN, A. The menopause and oral health. *Maturitas*, v. 63, p. 56–62, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.02.009>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; FIOCRUZ. Carta de Ottawa. In: Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p. 11-18.

MIRANDA, R. B. et al. Effects of hydrolyzed collagen supplementation on skin aging: a meta-analysis. *Journal of Drugs in Dermatology*, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33742704/>

MORAES, F. P.; FLOREZI, G. P.; HSIEH, R.; DOS SANTOS, C. P.; ANDRIOLO, F.; LOURENÇO, S. V. A morphological post mortem profile in minor salivary glands changes in females. *Journal of Molecular Histology*, v. 56, p. 32, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10735-024-10306-1>.

MUNSHI, A.; GARG, R. Obesity and menopause: redefining obesity - new guidelines. *Journal of Midlife Health*, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 1-5, 2025. DOI: https://doi.org/10.4103/jmh.jmh_24_25.

MYUNG, S. K. et al. Effects of Collagen Supplements on Skin Aging: meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2025. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002934325002839>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Menopause: identification and management. London: NICE, 2024. PMID: 31940155.

NOLL, P. R. E. S. et al. *Ultra-processed food consumption by Brazilian adolescents in cafeterias and school meals. Scientific Reports*, v. 9, n. 1, p. 7162, 2019. DOI: 10.1038/s41598-019-43611-x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31073127/>. Acesso em: 26 out. 2025.

NOLL, P. R. E. S. et al. *Dietary intake and menopausal symptoms in postmenopausal women: a systematic review. Climacteric*, v. 24, n. 2, p. 128–138, 2021. DOI: 10.1080/13697137.2020.1828854. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33112163/>. Acesso em: 26 out. 2025.

NOLL, P. R. E. S. et al. *Changes in food consumption in postmenopausal women during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. Nutrients*, v. 15, n. 15, p. 3494, 2023.

DOI: 10.3390/nu15153494. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37571430/>. Acesso em: 26 out. 2025.

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY. *The 2022 hormone therapy position statement*. Cleveland: NAMS, 2022

NOURI, M. et al. *Association between processed and ultraprocessed food intake and the risk of breast cancer: a case-control study*. *BMC Cancer*, v. 24, n. 1, p. 1–10, 2024. DOI: 10.1186/s12885-024-13014-x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39375621/>. Acesso em: 26 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Guia técnico: promoção da saúde mental nas Américas*. Washington, D.C.: OPAS, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Plano de ação global sobre atividade física 2018-2030: pessoas mais ativas para um mundo mais saudável*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Recomendações globais sobre atividade física para a saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

PALACIOS, S. et al. Obesity and menopause. *Gynecological Endocrinology*, v. 40, n. 1, p. 1-6, 2024. DOI: 10.1080/09513590.2024.2312885. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/09513590.2024.2312885>. Acesso em: 23 out. 2025.

PALMA, L. et al. Dietary water affects human skin hydration and biomechanics. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, v. 8, p. 37-45, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4529263/>.

PASTORELLO, C. C. G.; COSTA, C. S.; CLARO, R. M.; LOUZADA, M. L. C. Variações nas tendências de crescimento da obesidade em adultos brasileiros entre 2006 e 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 7, p. 1-10, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025307.19882023. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2025.v30n7/e19882023/pt>. Acesso em: 23 out. 2025.

- PEREIRA, S. A.; MONTEIRO, C. S.; OLIVEIRA, A. R. Digital mental health interventions for midlife women: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, v. 15, 2024. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2024.1408878/full>. Acesso em: 7 jul. 2025.
- PINKERTON, J. V. Hormone therapy for postmenopausal women. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 62, n. 4, p. 641–649, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1555415518311723>. Acesso em: 7 jul. 2025.
- RANA, J. S. *et al.* Adiposity compared with physical inactivity and risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care*, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 53-58, 2007. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc06-1456>.
- RIBEIRO, M. *et al.* Reliability and validity of the Global Physical Activity Questionnaire for Portuguese adults. *Perceptual and Motor Skills*, v. 131, n. 5, p. 1548–1570, out. 2024. DOI: 10.1177/00315152541266341.
- RUKMINI, J. N.; SACHAN, R.; SIBI, N.; MEGHANA, A.; MALAR, C. I. Effect of menopause on saliva and dental health. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, v. 8, p. 529, 2018. DOI: https://doi.org/10.4103/jispcd.JISPCD_68_18.
- SEOL, J. E. *et al.* Effect of Amount of Daily Water Intake and Use of Moisturizer on Skin Barrier Function: a randomized trial. *Scientific Reports*, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11148315/>.
- SHERRINGTON, C. *et al.* Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD012424.pub2.
- SHU, L. *et al.* Association between ultra-processed food consumption and risk of breast cancer: a systematic review and dose-response meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Nutrition*, v. 10, p. 1–13, 2023. DOI: 10.3389/fnut.2023.1250361. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37731393/>. Acesso em: 26 out. 2025.

- SILVA, A. et al. Diferenças de gênero e idade nos achados da polissonografia e nas queixas de sono de pacientes encaminhados a um laboratório do sono. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 41, n. 12, p. 1067–1075, 2008.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO. *Diretrizes brasileiras para a menopausa*. São Paulo: SOBRAC, 2021.
- SOLIMAN, A. I.; LAMONTE, M. J.; HOVEY, K. M.; MCSKIMMING, D. I.; ANDREWS, C. A.; DIAZ, P. I. et al. Relationship between the subgingival microbiome and menopausal hormone therapy use: The Buffalo OsteoPerio study. *Journal of Periodontology*, v. 93, p. 1635–1648, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/JPER.22-0027>.
- SORPRESO, I. C. E. *Atenção integral à saúde da mulher na transição para menopausa e pós-menopausa*. 2010.
- SORPRESO, I. C. E.; SOARES JÚNIOR, J. M.; FONSECA, A. M. da; BARACAT, E. C. Female aging. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 61, p. 553–556, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.06.553>.
- SORPRESO, I. C. E.; VIEIRA, L. H. L.; CALIÓ, C. L.; ABI HAIDAR, M.; BARACAT, E. C.; SOARES, J. M. Jr. Health education intervention in early and late post-menopausal Brazilian women. *Climacteric*, v. 15, n. 6, p. 573–580, 2012. DOI: [10.3109/13697137.2011.635915](https://doi.org/10.3109/13697137.2011.635915).
- SORPRESO, I. C. E.; SANTOS FIGUEIREDO, F. W.; RAMOS, J. L. S.; ZUCHELO, L. T. S.; ADAMI, F.; BARACAT, E. C.; JÚNIOR, J. M. S. Brazilian National Policy of Comprehensive Women's Health Care and mortality during climacteric period: has anything changed? *BMC Public Health*, v. 21, n. 1, p. 518, 2021. DOI: [10.1186/s12889-021-10556-8](https://doi.org/10.1186/s12889-021-10556-8).
- SREBRZYŃSKA-WITEK, A.; KOSZOWSKI, R. Effect of menopause on salivary glands and oral mucosa. *Menopause Review*, v. 12, p. 418–422, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5114/pm.2013.38598>.
- TUCKER, K. L. et al. Bone mineral density and dietary patterns in older adults: the Framingham Osteoporosis Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, v. 76, n. 1, p.

- 245-252, 2002. DOI: 10.1093/ajcn/76.1.245. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002916523058677>. Acesso em: 24 out. 2025.
- UMPIERRE, D. *et al.* Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, [S. l.], v. 305, n. 17, p. 1790-1799, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2011.576>.
- WANG, S. *et al.* Association between ultra-processed food and osteoporosis: a cross-sectional study based on the NHANES database. *Nutrition & Metabolism*, v. 21, n. 69, p. 1-12, 2024. DOI: 10.1186/s12986-024-00843-7. Disponível em: <https://nutritionandmetabolism.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12986-024-00843-7>. Acesso em: 24 out. 2025.
- WANG, L.; ZHU, L.; YAO, Y.; REN, Y.; ZHANG, H. Role of hormone replacement therapy in relieving oral dryness symptoms in postmenopausal women: a case-control study. *BMC Oral Health*, v. 21, p. 615, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01966-6>.
- WATSON, S. L. *et al.* High-Intensity Exercise May Improve Bone and Reduce Fracture Risk in Older Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Bone and Mineral Research*, [S. l.], v. 33, p. 211–220, 2017. DOI: 10.1002/jbmr.3284.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mental health and primary care integration*. Geneva: WHO, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity and overweight (WHO fact sheet No. 311). Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 25 mar. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2008. 47 p.

XIE, X.; SONG, J.; WU, Y.; LI, M.; GUO, W.; LI, S. et al. Study on gut microbiota and metabolomics in postmenopausal women. *BMC Women's Health*, v. 24, p. 608, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03448-7>.

YAMADA, Y. et al. Physical activity and mental health during menopause: a prospective cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 22, n. 1, p. 45, 2025. Disponível em: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-025-01712-z>. Acesso em: 7 jul. 2025.

ZAJĄC-GAWLAK, I. et al. Associations of visceral fat area and physical activity levels with the risk of metabolic syndrome in postmenopausal women. *Biogerontology*, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 357-366, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10522-017-9693-9>.

ZOUBOULIS, C. C. et al. *Skin, hair and beyond: the impact of menopause*. *Climacteric*, v. 25, n. 5, p. 434-442, out. 2022. DOI: 10.1080/13697137.2022.2050206.

Capítulo 8

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Cuidado à saúde das mulheres: sexualidade e climatério. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. ISBN 978-85-334-2360-2. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 1 ago. 2025.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K.. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 417-425, mar. 2005. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/2486/4984>. Acesso em: 01 ago. 2025.

- DIAMOND, L. M.; HUEBNER, D. M. Is Good Sex Good for You? Rethinking Sexuality and Health. *Social and Personality Psychology Compass*, v. 6, n. 1, p. 54–69, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00408.x>. Acesso em: 5 set. 2025.
- FINE, A. Leite envenenado, sangue perturbado. Saber médico e sabedoria popular sobre os humores femininos (século XIX e XX). In: MATOS, M. I. S.; SOIHET, R. *O corpo feminino em debate*. São Paulo: editora UNESP, 2003 (cap 4).
- FLYNN, K. E. et al. Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life throughout the Life Course of U.S. Adults. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 13, n. 11, p. 1642–1650, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011>. Acesso em: 5 set. 2025.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GUSSO, Giovani; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Eliane. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Art-med, 2018.
- KINSEY, Alfred Charles et al. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1953.
- LERNER, T. et al. Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: a pilot randomized study. *Clinics*, [S.l.], v. 77, p. 100054, 9 set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100054>.
- LARA, L. A. et al. Management of hypoactive sexual desire disorder in women in the gynecological setting. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 417–423, maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731681>.
- LARA, L. A. et al. Challenges of prescribing testosterone for sexual dysfunction in women: Number 7–2024. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 46, p. e-FPS07, 12 ago. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1781443>.

- LARA, Letícia A. S. et al. Climatério e sexualidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Cuidado à saúde das mulheres: sexualidade e climatério. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. p. 52–66.
- LARA, Letícia A. S. et al. Saúde sexual da mulher no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 5–13, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1772313>.
- LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2018.
- MONTELEONE, Paolo et al. Symptoms of menopause: global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 199–215, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>.
- MOORE, Henrietta L. A paixão pela diferença: sexualidade, gênero e cultura. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY – NAMS. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, Cleveland, v. 29, n. 7, p. 767–794, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002028>.
- STEWART, Donna E. et al. Concise guide to menopause. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.

Capítulo 9

- ANDERSEN, A. M. N. et al. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ*, London, v. 320, p. 1708–1712, 2000.
- ANDRADE, M. S.; BONIFÁCIO, L. P.; SANCHEZ, J. A. C.; OLIVEIRA-CIABATI, L.; ZARATINI, F. S.; FRANZON, A. C. A.; PILEGGI, V. N.; BRAGA, G. C.; FERNANDES, M.; VIEIRA, C. S.; SOUZA, J. P.; VIEIRA, E. M. Factors associated with serious maternal morbidity in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: a cross-

- tional cohort study. *Cad. Saúde Pública*, v. 38, n. 1, p. e00021821, 2022. DOI: 10.1590/0102-311X00021821.
- BAUERFEIND, A.; VON STOCKUM, S.; BOEHNKE, T.; HEINEMANN, K. Venous thromboembolic risk of estradiol valerate–dienogest compared with ethinyl estradiol–levonorgestrel combined oral contraceptives. *Obstet. Gynecol.*, v. 143, n. 3, p. 431–434, 2024. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005509.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 227/2025-SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-conjunta-no-2272025-svsa-saps-saes-sesai-ms.pdf/view>. Acesso em: 25 nov. 2025.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2023. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/statistics/2023/default.htm>.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. *MMWR. Recommendations and Reports*, v. 65, n. 3, p. 1–103, 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6503a1.htm>. Acesso em: 8 jul. 2025.
- COSTESCU, D.; CHAWLA, R.; HUGHES, R.; TEAL, S.; MERZ, M. Discontinuation rates of intrauterine contraception due to unfavourable bleeding: a systematic review. *BMC Womens Health*, v. 22, n. 1, p. 82, 2022. DOI: 10.1186/s12905-022-01657-6.
- DAVIS, S. R. et al. The 2023 Practitioner’s Toolkit for Managing Menopause. *Climacteric*, v. 26, p. 518–530, 2023. DOI: 10.1080/13697137.2023.2258783.
- DRAGOMAN, M. V. et al. Combined hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 222, n. 6, p. 614–625, 2020. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.12.272.

- FACULTY OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTHCARE – FSRH. Contraception for women aged over 40 years. Londres: FSRH, 2017 (atualizada). Disponível em: <https://fsrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/fsrh-guideline-contraception-for-women-aged-over-40-years.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2025.
- FACULTY OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTHCARE – FSRH. UK Medical Eligibility Criteria for contraceptive use 2016. London: FSRH, 2016. Disponível em: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ukmec-2016/>.
- FERNANDES, C. E.; SÁ, M. F. S. Tratado de ginecologia FEBRASGO. 2019. Capítulo: Bonassi et al. – Anticoncepção na Perimenopausa.
- FRETTs, R. C. et al. Increased maternal age and the risk of foetal death. *New England Journal of Medicine*, v. 333, p. 953–957, 1995.
- FUCHS, F. et al. Effect of maternal age on the risk of preterm birth: A large cohort study. *PLoS One*, v. 13, n. 1, e0191002, 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0191002.
- GALLARDO-ALVARADO, N.; ANTUNES LOPES, J. V.; CECATTI, J. G.; CAMAS-CASTILLO, M.; SOUZA, R. T.; BAHAMONDES, L. Sociodemographic and reproductive characteristics of pregnant women with unplanned pregnancy residing in the state of São Paulo, Brazil: a cross-sectional study. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*, p. 1–7, 4 mar. 2025. DOI: 10.1080/13625187.2025.2457082.
- GÉRARD, C. et al. Profile of estetrol, a promising native estrogen for oral contraception and the relief of climacteric symptoms of menopause. *Expert Rev. Clin. Pharmacol.*, v. 15, n. 2, p. 121–137, 2022. DOI: 10.1080/17512433.2022.2054413.
- HUANG, R. S.; SPENCE, A. R.; ABENHAIM, H. A. Age-related disparities in national maternal mortality trends: A population-based study. *PLoS One*, v. 20, n. 1, e0316578, 2025.
- KEMMEREN, J. M.; ALGRA, A.; GROBEE, D. E. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ*, v. 323, n. 7305, p. 131–134, 2001. DOI: 10.1136/bmj.323.7305.131.

- LIDEGAARD, O.; KREINER, S. Oral contraceptives and cerebral thrombosis: a five-year national case-control study. *Contraception*, v. 65, n. 3, p. 197–205, 2002. DOI: 10.1016/S0010-7824(01)00306-7.
- LUBIANCA, J. N.; MOREIRA, L. B.; GUS, M.; FUCHS, F. D. Stopping oral contraceptives: an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension. *J. Hum. Hypertens.*, v. 19, n. 6, p. 451–455, 2005. DOI: 10.1038/sj.jhh.1001841.
- LUMBIGANON, P. et al. Indirect causes of severe adverse maternal outcomes: a secondary analysis of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG*, v. 121, supl. 1, p. 32–39, 2014. DOI: 10.1111/1471-0528.12647.
- NAPPI, R. E. et al. Effect of a contraceptive pill containing estradiol valerate and dienogest (E2V/DNG) in women with menstrually-related migraine (MRM). *Contraception*, v. 88, n. 3, p. 369–375, 2013. DOI: 10.1016/j.contraception.2013.02.001.
- NYBO ANDERSEN, A. M.; WOHLFAHRT, J.; CHRISTENS, P.; OLSEN, J.; MELBYE, M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ*, v. 320, n. 7251, p. 1708–1712, 2000. DOI: 10.1136/bmj.320.7251.1708.
- OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO. Painel de Vigilância da Saúde Materna e Perinatal. Disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/painel-vigilancia-saude-materna-v2/>. Acesso em: 25 nov. 2025.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE et al. *Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil*. Brasília, DF: OPAS, 2016.
- SAUER, M. V. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. *Fertility and Sterility*, v. 103, n. 5, p. 1136–1143, 2015.
- SONNTAG, B. et al. Pubertal development and reproductive hormone levels of singleton ICSI offspring in adolescence: results of a prospective controlled study. *Human Reproduction*, v. 35, n. 4, p. 968–976, 2020.
- SOARES DE SOUZA, I. et al. Association between the use of oral contraceptives and the occurrence of systemic hypertension: a systematic review with statisti-

- cal comparison between randomized clinical trial interventions. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* X, v. 22, p. 100307, 2024. DOI: 10.1016/j.eurox.2024.100307.
- STARBIRD, Ellen; NORTON, Maureen; MARCUS, Rachel. Investing in family planning: key to achieving the Sustainable Development Goals. *Global Health: Science and Practice*, v. 4, n. 2, p. 191–210, 2016. DOI: 10.9745/GHSP-D-15-00374. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982245/>
- TEPPER, N. K.; WHITEMAN, M. K.; MARCHBANKS, P. A.; JAMES, A. H.; CURTIS, K. M. Progestin-only contraception and risk of thrombosis: a systematic review. *Int. J. Epidemiol.*, v. 45, n. 5, p. 1445–1459, 2016. DOI: 10.1093/ije/dyw147.
- VILELA, E. M. M.; DISCACCIATI, M. G.; GRIEP, R. H.; CAETANO, R. Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis em mulheres na meia-idade. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 42, n. 5, p. 278–285, 2020. DOI: 10.1055/s-0040-1710347.
- WASIAK, R. et al. Impact of estradiol valerate/dienogest on work productivity and activities of daily living in women with heavy menstrual bleeding. *J. Womens Health (Larchmt)*, v. 22, n. 4, p. 378–384, 2013. DOI: 10.1089/jwh.2012.3633.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Contraceptive effectiveness: estimates by method. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraceptive-methods>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Maternal mortality. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 8 jul. 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>.

Capítulo 10

- BATTERHAM, Rachel L. et al. Cardiometabolic health in people with HIV: expert consensus review. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, v. 79, n. 6, p. 1218-1233, 2024.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Atualização do Caderno de Atenção Básica 18: HIV/ Aids, Hepatites Virais, Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos: Módulo 1 : Tratamento – Brasília: Ministério da Saúde, 2024a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos: Módulo 2 : Coinfecções e Infecções Oportunistas – Brasília: Ministério da Saúde, 2024b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p. ISBN 978-65-5993-276-4. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf. Acesso em: 06 dez. 2025.
- CAIXAS, Umbelina et al. Comorbidities and menopause assessment in women living with HIV: a survey of healthcare providers across the WHO European region. *AIDS care*, v. 36, n. 1, p. 107-114, 2024.
- COLLINS, Lauren F. et al. The effect of menopausal status, age, and human immunodeficiency virus (HIV) on non-AIDS comorbidity burden among US women. *Clinical Infectious Diseases*, v. 76, n. 3, p. e755-e758, 2023.

- DHHS. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults And Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV. Department of Health and Human Services, 2024. Disponível em: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv>. Acesso em: 3 maio 2025.
- GRINSPOON, Steven K. et al. Performance of the pooled cohort equations and D: A: D risk scores among individuals with HIV in a global cardiovascular disease prevention trial: a cohort study leveraging data from REPRIEVE. *The Lancet HIV*, v. 12, n. 2, p. e118-e129, 2025.
- JAMSHAID, Maryam et al. Bone Loss and Fractures in Post-Menopausal Women Living with HIV: A Narrative Review. *Pathogens*, v. 13, n. 9, p. 811, 2024.
- LINDAU, S. T. et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, v. 357, p. 762–774, 2007. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa067423>
- LONGEV, Lancet Healthy. Ageing with HIV. *The Lancet Healthy Longevity*, v. 3, n. 3, p. E119, 2022.
- MADANHIRE, Tafadzwa et al. Menopausal symptoms by HIV status and association with health-related quality of life among women in Zimbabwe: a cross-sectional study. *BMC women's health*, v. 23, n. 1, p. 343, 2023.
- OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. Brazilian Guideline on Menopausal Cardiovascular Health–2024. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 121, p. e20240478, 2024.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Calculadora de risco cardiovascular. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/hearts-nas-americas/calculadora-risco-cardiovascular>. Acesso em: 25 nov. 2025.
- RACHED, Fabiana Hanna et al. Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 122, n. 9, e20250640, out. 2025.

SCOFIELD, Ditte et al. Management of menopause in women living with HIV–A comparative guideline review. *Maturitas*, v. 183, p. 107937, 2024.

SHARMA, Anjali et al. Human immunodeficiency virus (HIV) and menopause are independently Associated with Lower Bone Mineral density: results from the women's interagency HIV Study. *Clinical Infectious Diseases*, v. 75, n. 1, p. 65-72, 2022.

TARIQ, Shema. Menopause: an opportunity to optimize health and well being for people with HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*, v. 20, n. 4, p. 388-395, 2025.

WASNIK, V.B. et al. *Genitourinary syndrome of menopause: a narrative review*. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Sexual health, human rights and the law. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564984>

Capítulo 11

AGRAWAL, P. et al. Safety of Vaginal Estrogen Therapy for Genitourinary Syndrome of Menopause in Women With a History of Breast Cancer. *Obstetrics & Gynecology*, [S.l.], publicado em 3 ago. 2023.

BARBOSA-SILVA J.; DRIUSSO P; FERREIRA E.A.; DE ABREU R.M. Exploring the Efficacy of Artificial Intelligence: A Comprehensive Analysis of CHAT-GPT's Accuracy and Completeness in Addressing Urinary Incontinence Queries. *Neurourol Urodyn*. 2025 Jan;44(1):153-164. doi: 10.1002/nau.25603. Epub 2024 Oct 10. PMID: 39390731.

BESTE, M. E. et al. Vaginal estrogen use in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of recurrence and mortality risks. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, [S.l.], v. 232, n. 3, p. 262-270.e1, mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2024*. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf. Acesso em: jun. 2025.

- BUMP R.C.; MATTIASSON A.; BØ K.; BRUBAKER L.P.; DELANCEY J.O.; KLARSKOV P.; SHULL B.L.; SMITH A.R. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Jul;175(1):10-7. doi: 10.1016/S0002-9378(96)70243-0. PMID: 8694033.
- CACCIARI L.P.; DUMOULIN C.; HAY-SMITH E.J. Pelvic floor muscle training versus treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: A cochrane systematic review abridged republication. *Braz. J. Phys. Ther.* 2019;23:93–107. doi: 10.1016/j.bjpt.2019.01.002.
- CALLEJA-AGIUS, J.; BRINCAT, M. P. *The urogenital system and the menopause*. Climacteric [online], v. 18, p. 18-22, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26366796>. Acesso em: jun. 2025.
- COLD, S. et al. Systemic or Vaginal Hormone Therapy After Early Breast Cancer: A Danish Observational Cohort Study. *Journal of the National Cancer Institute*, [S.l.], v. 114, n. 10, p. 1347-1354, 6 out. 2022.
- COX S.; NASSERI R.; RUBIN R.S.; SANTIAGO-LASTRA Y. Genitourinary Syndrome of Menopause. *Med Clin North Am.* 2023 Mar;107(2):357-369. doi: 10.1016/j.mcna.2022.10.017. PMID: 36759102.
- CROSS D.; WAHEED N.; KRAKE M.; GAHREMAN D.. Effectiveness of supervised Kegel exercises using bio-feedback versus unsupervised Kegel exercises on stress urinary incontinence: a quasi-experimental study. *Int Urogynecol J.* 2023 Apr;34(4):913-920. doi: 10.1007/s00192-022-05281-8. Epub 2022 Jul 8. PMID: 35802177; PMCID: PMC9266083.
- DELANCEY J.O.L, MASTELING M., PIPETONE F., LACROSS J., MASTROVITO S., ASHTON-MILLER J.A. Pelvic floor injury during vaginal birth is life-altering and preventable: what can we do about it? *Am J Obstet Gynecol.* 2024 Mar;230(3):279-294.e2. doi:10.1016/j.ajog.2023.11.1253. Epub 2024 Jan 2. PMID: 38168908; PMCID: PMC1177602.
- DRIUSSO P.; JORGE C.H.; SOUSA A.J.D.S.; CARRO D.F.; de FREITAS L.M.; BOTELHO S.; BRITO L.G.O.; BORTOLINI M.A.T.; HADDAD J.M.; VOLPATO M.P.; RICCETTO C.; PITANGUI A.C.R.; OLIVEIRA N.F.F.; FERREIRA E.A. A Brazilian Association

- of Women's Health Physical Therapy (ABRAFISM) guideline on the terminology of pelvic floor muscle function and assessment. *Braz J Phys Ther.* 2025 Mar-Apr;29(2):101173. doi: 10.1016/j.bjpt.2025.101173. Epub 2025 Feb 5. PMID: 39908730; PMCID: PMC11847513.
- DUMAS, E. 268MO – Safety of vaginal estrogen therapy after early-stage breast cancer: A nationwide population-based target trial emulation. *Annals of Oncology*, [S.l.], v. 9, supl. 4, p. 1-12, 2024. DOI: 10.1016/esmoop/esmoop103324.
- DUMOULIN C.; CACCIARI L.P.; HAY-SMITH E.J.C. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Oct 4;10(10):CD005654. doi: 10.1002/14651858.CD005654.pub4. PMID: 30288727; PMCID: PMC6516955.
- FAUBION, S. S. et al. *The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of the North American Menopause Society.* *Menopause*, v. 27, n. 9, p. 976-992, 2020.
- FARRELL, A. M. E. *Genitourinary syndrome of menopause.* *Australian Family Physician* [online], v. 46, n. 7, p. 481-484, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25179577>. Acesso em: jun. 2025.
- JANG, Y. C.; LEUNG, C. Y.; HUANG, H. L. *Comparison of severity of genitourinary syndrome of menopause symptoms after carbon dioxide laser vs vaginal estrogen therapy: a systematic review and meta-analysis.* *JAMA Network Open*, v. 5, n. 9, p. e2232563, 2022.
- MALLET L.J.; PREMKUMAR V.; BROWN L.J.; MAY J.; ROLLO M.E.; SCHUMACHER T.L. Total water intake by kilogram of body weight: Analysis of the Australian 2011 to 2013 National Nutrition and Physical Activity Survey. *Nutr Diet.* 2021 Nov;78(5):496-505. doi: 10.1111/1747-0080.12697. Epub 2021 Jul 29. PMID: 34327801.
- MAZUR-BIALY A.I.; KOLOMANSKA-BOGUCKA D.; NOWAKOWSKI C.; TIM S. Urinary Incontinence in Women: Modern Methods of Physiotherapy as a Support for Surgical Treatment or Independent Therapy. *J Clin Med.* 2020 Apr 23;9(4):1211. doi: 10.3390/jcm9041211. PMID: 32340194; PMCID: PMC7230757.

MCVICKER, L. et al. Vaginal Estrogen Therapy Use and Survival in Females With Breast Cancer. *JAMA Oncology*, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 103-108, 1 jan. 2024.

MESSELINK B.; BEBSON T.; BERGHMANS B.; BØ K.; CORCOS J.; FOWLER C.; LAYCOCK J.; LIM P.H.; VAN LUNSEN R.; Á NIJEHOLT G.L.; PEMBERTON J.; WANG A.; WATIER A.; VAN KERREBROECK P. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2005;24(4):374-80. doi: 10.1002/nau.20144. PMID: 15977259.

PEINADO-MOLINA R.A., HERNÁNDEZ-MARTINEZ A., MARTÍNEZ-VÁZQUEZ S., RODRÍGUEZ-ALMAGRO J., MARTÍNEZ-GALIANO J.M. Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. *BMC Public Health*. 2023 Oct 14;23(1):2005. doi: 10.1186/s12889-023-16901-3. PMID: 37838661; PMCID: PMC10576367.

PORTELLA, C. F. S. et al. *An overview of systematic reviews of medicinal plants and herbal formulations for the treatment of climacteric symptoms*. *Journal of Herbal Medicine*, v. 45, p. 100621, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO—SOBRAC. *Manual de Orientação da Sociedade Brasileira de Climatério*. 2024.

Capítulo 12

ANAGNOSTIS, P.; LAMBRINOUDAKI, I.; STEVENSON, J. C.; GOULIS, D. G. Menopause-associated risk of cardiovascular disease. *Endocrine Connections*, v. 11, n. 4, e210537, 22 abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1530/EC-21-0537>.

BOARDMAN, H. M. P.; HARTLEY, L.; EISINGA, A.; MAIN, C.; ROQUÉ I FIGULS, M.; BONFILL COSP, X.; GABRIEL SANCHEZ, R.; KNIGHT, B. *Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, Issue 3, art. no.: CD002229. DOI: 10.1002/14651858.CD002229.pub4. News item: “Hormone replacement therapy for post-menopausal women: does it help or harm your heart?”, *Cochrane*, 10 Mar 2015.

- BRANDÃO, A. A. et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 122, n. 9, p. e20250624, 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 16 – Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf. Acesso em: 6 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 29: Rastreamento de fatores de risco cardiovascular em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 6 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Escore de risco global (ERG) de Framingham. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/escore-risco-global-framingham/>. Acesso em: 6 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).
- BROWN, Lydia et al. Promoting good mental health over the menopause transition. *The Lancet*, v. 403, n. 10430, p. 969-983, 2024.
- FEBRASGO. *Manual de atenção à saúde da mulher na transição menopausal*. Rio de Janeiro: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2022.
- MARJORIBANKS, J.; FARQUHAR, C.; ROBERTS, H.; LETHABY, A.; LEE, J. *Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017, Issue 1, art. no.: CD004143. DOI: 10.1002/14651858.CD004143.pub5.

- MENDELSON, M. E.; KARAS, R. H. Molecular and cellular basis of cardiovascular gender differences. *Science*, v. 308, n. 5728, p. 1583-1587, 10 jun. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.1112062>.
- NAPPI, R. E. et al. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. *Menopause*, v. 28, p. 875-882, 2021. DOI: 10.1097/GME.0000000000001793.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Menopause: diagnosis and management*. 2015. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>. Acesso em: 14 abr. 2022.
- NORMALISING menopause. *BMJ*, v. 377, e069369, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2021-069369>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (NAMS). The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, v. 29, n. 7, p. 767-794, 2022. DOI: 10.1097/GME.0000000000002028.
- SOBRAC. *Consenso Brasileiro de Terapia Hormonal no Climatério*. 2024.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *Calculadora de Escore de Risco*. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2020/index.html>. Acesso em: 6 set. 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2023.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2024.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *Diretriz de prevenção cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 118, n. 5, p. 945-1042, 2022. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/diretrizes/prevencao-cardiovascular/>. Acesso em: 6 set. 2025.

VALENTE, Marcelo; MAGALHÃES, M. A. Z.; ALEXANDRE, T. S. *Manual de Recomendações para Diagnóstico e Tratamento da Sarcopenia no Brasil*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), 2022. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2022/04/1649787227_Manual_de_Recomendaes_para_Diagnostico_e_Tratamento_da_Sarcopenia_no_Brasil-1.pdf. Acesso em: 6 set. 2025.

VOGEL, B. et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *The Lancet*, v. 397, n. 10292, p. 2385-2438, 19 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity and overweight* (WHO fact sheet No. 311). Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 6 set. 2025.

Capítulo 13

AMERICAN CANCER SOCIETY. *Cancer Facts & Figures 2024*. Atlanta: American Cancer Society, 2024. Disponível em: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures.html>. Acesso em: 5 out. 2025.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Ovarian Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/types/ovarian-cancer/detection-diagnosis-staging.html>. Acesso em: 2 dez. 2024.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS' COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS-GYNECOLOGY. Practice Bulletin No. 174: evaluation and management of adnexal masses. *Obstetrics & Gynecology*, v. 128, n. 5, p. e210-e226, nov. 2016.

AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC). General information on cancer staging and end results reporting. In: AMIN, M. B.; EDGE, S. B.; GREENE, F.; et al. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8. ed. Springer, 2017. p. 3-52.

AGÊNCIA INTERNACIONAL DE PESQUISA EM CÂNCER; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Código Latino-Americano e Caribenho contra o Câncer*. Lyon: IARC; Washington, D.C.: OPAS, 2023. Disponível em: <https://cancer-code-lac.iarc.who.int/pt/>. Acesso em: 25 set. 2025.

ARGILÉS, G. et al. Localised colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, v. 31, n. 10, p. 1291–1305, out. 2020.

BHATLA, N.; BEREK, J. S. FIGO Cancer Report 2021. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 155, supl. 1, p. 1–258, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13762>. Acesso em: 28 set. 2025.

BHATLA, N.; BEREK, J. S.; CUELLO FREDES, M.; et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 145, p. 129-135, 2019.

BEREK, J. S.; MATIAS-GUIU, X.; CREUTZBERG, C.; FOTOPOULOU, C.; GAFFNEY, D.; KEHOE, S. et al. FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *Int J Gynaecol Obstet.*, v. 162, n. 2, p. 383-394, ago. 2023. doi: 10.1002/ijgo.14923.

BEREK, J.S. et al. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 155, p. 61-85, 2021. Suplemento 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. *Diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de mama* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2018/relatorio_ddt_carcinomademama_julho_2018.pdf. Acesso em: 2 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I – rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/r/rastreamento-cancer-do-colo-do-utero/view>. Acesso em: 27 set. 2025.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acesso em: 24 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de ovário. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/ovario>. Acesso em: 2 dez. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Incidência de câncer no Brasil. Estimativa 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Dados e números sobre câncer de mama: relatório anual 2023*. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/mama>. Acesso em: 19 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Detecção precoce do câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acesso em: 27 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Ministério da Saúde garante acesso a mamografia a partir dos 40 anos*. Brasília: MS, 23 set. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 24 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de regulação ambulatorial – Ginecologia. [S. l.: s. n.], [20--?]. 1 arquivo PDF.
- CANCER COUNCIL AUSTRALIA. Optimal care pathway for women with cervical cancer. [S. l.: s. n.], [20--?]. 1 arquivo PDF.
- CAVESTRO, G. M. et al. Delphi Initiative for Early-Onset Colorectal Cancer (DIRECT) International Management Guidelines. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, v. 21, n. 3, p. 581–603.e33, mar. 2023.

- CHANG, T. N.-J.; LEE, C.-H.; LAI, C.-H. et al. Profunda artery perforator flap for isolated vulvar defect reconstruction after oncological resection. *Journal of Surgical Oncology*, v. 113, p. 828–834, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1002/jso.24233>.
- CHILE. Ministerio de Salud. *Guías clínicas AUGE: cáncer de mama*. [Santiago]: Ministerio de Salud, [20--?]. 1 arquivo PDF.
- CHILE. MINISTERIO DE SALUD. *Guía clínica: cáncer colorrectal* [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud, 2015. Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Guia-Clinica-Cancer-Colorrectal.pdf>. Acesso em: 5 out. 2025.
- COLLINS, L. C.; HUNTER, D. J.; HANKINSON, S. E.; et al. Estrogen plus progestin and the risk of breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 345, n. 5, p. 325-332, 2000.
- CONFALONIERI, P. L.; GILARDI, R.; ROVATI, L. C. et al. Comparison of V-Y advancement flap versus lotus petal flap for plastic reconstruction after surgery in case of vulvar malignancies: a retrospective single center experience. *Annals of Plastic Surgery*, v. 79, p. 186–191, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001094>.
- COOMBES, R. C.; KILBURN, L. S.; SNOWDON, C. F.; et al. The effect of tibolone on breast-cancer recurrence: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, London, v. 11, n. 5, p. 427-436, 2010. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70002-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70002-5). Acesso em: 31 maio 2025.
- CUBIELLA, J. et al. Clinical practice guideline: Diagnosis and prevention of colorectal cancer. 2018 Update. *Gastroenterología y Hepatología (English Edition)*, v. 41, n. 9, p. 585–596, nov. 2018.
- DI DONATO, V.; BRACCHI, C.; CIGNA, E. et al. Vulvo-vaginal reconstruction after radical excision for treatment of vulvar cancer: evaluation of feasibility and morbidity of different surgical techniques. *Surgical Oncology*, v. 26, p. 511–521, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2017.10.002>.

FEBRASGO – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Hiperplasia endometrial e câncer do endométrio. *Protocolos Febrasgo. Ginecologia*, n. 9, 2021.

FEBRASGO – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Massa anexial: diagnóstico e manejo. FEBRASGO POSITION STATEMENT, n. 1, jul. 2020.

FEBRASGO – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. *Position Statement FEBRASGO nº 8 – Desafios do rastreamento do câncer de mama*. Comissão Nacional Especializada em Imaginologia Mamária. São Paulo: FEBRASGO, set. 2023. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Pos8_febrasgo-rastreamento-cancer-mama.pdf. Acesso em: 24 set. 2025.

FIGO. International Federation of Gynecology and Obstetrics staging of gynecological cancers. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 155, supl. 1, p. 4–31, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13761>. Acesso em: 28 set. 2025.

GAONA-LUVIANO, Priscilla; MEDINA-GAONA, Luis Alfonso; MAGAÑA-PÉREZ, Karina. Epidemiology of ovarian cancer. *Chinese Clinical Oncology*, v. 9, n. 4, p. 47, ago. 2020.

GARLAND, S. M.; PAAVONEN, J.; JAISAMRARN, U. et al. Prior human papillomavirus-16/18 AS04-adjuvanted vaccination prevents recurrent high grade cervical intraepithelial neoplasia after definitive surgical therapy: post-hoc analysis from a randomized controlled trial. *International Journal of Cancer*, v. 139, p. 2812–2826, 2016.

HAMPL, M.; SARAJUURI, H.; WENTZENSEN, N.; BENDER, H. G.; KUEPPERS, V. Effect of human papillomavirus vaccines on vulvar, vaginal, and anal intraepithelial lesions and vulvar cancer. *Obstetrics & Gynecology*, v. 108, p. 1361–1368, 2006.

HANSEN, B. T.; CAMPBELL, S.; NYGARD, M. Long-term incidence trends of HPV-related cancers, and cases preventable by HPV vaccination: a registry-based study in Norway. *BMJ Open*, v. 8, e019005, 2018.

- HACKER, N. F. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 105, p. 105–106, 2009.
- HACKER, N. F.; GAMBALE, T.; STUPARICH, M. A. Vulvar cancer. In: BEREK, J. S. (ed.). *Berek & Novak's Gynecology*. 16. ed. Filadélfia: Wolters Kluwer, 2021. p. 1467–1492.
- INCA. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/corpo-do-utero>. Acesso em: 26 jan. 2025.
- KANG, Y. J.; SMITH, M.; BARLOW, E.; COFFEY, K.; HACKER, N.; CANFELL, K. Vulvar cancer in high-income countries: increasing burden of disease. *International Journal of Cancer*, v. 141, p. 2174–2186, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijc.30900>.
- KUROKI, Lindsay; GUNTUPALLI, Saketh R. Treatment of epithelial ovarian cancer. *BMJ*, v. 371, m3773, 9 nov. 2020.
- LENGYEL, Ernst. Ovarian cancer development and metastasis. *The American Journal of Pathology*, v. 177, n. 3, p. 1053–1064, set. 2010.
- MAKKER, V.; MACKAY, H.; RAY-COQUARD, I.; LEVINE, D. A.; WESTIN, S. N.; AOKI, D. et al. Endometrial câncer. *Nat Rev Dis Primers.*, v. 7, n. 1, p. 88, 9 dez. 2021. doi: 10.1038/s41572-021-00324-8.
- MANLEY, K.; HILLARD, T.; CLARK, J.; KUMAR, G.; MORRISON, J.; HAMODA, H.; BARBER, K.; HOLLOWAY, D.; MIDDLETON, B.; OYSTON, M.; PICKERING, M.; SASSARINI, J.; WILLIAMS, N. Management of unscheduled bleeding on HRT: A joint guideline on behalf of the British Menopause Society, Royal College Obstetricians and Gynaecologists, British Gynaecological Cancer Society, British Society for Gynaecological Endoscopy, Faculty of Sexual and Reproductive Health, Royal College of General Practitioners and Getting it Right First Time. *Post Reprod Health.*, v. 30, n. 2, p. 95–116, jun. 2024. doi: 10.1177/20533691241254413.
- MEKONNEN, A. G.; MITTIKU, Y. M. Early-onset of sexual activity as a potential risk of cervical cancer in Africa: a review of literature. In: LINDE, D. S. (org.). *PLOS Global Public Health*, v. 3, n. 3, e0000941, 22 mar. 2023. Disponível em: <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0000941>. Acesso em: 27 set. 2025.

MIGOWSKI, A.; SILVA, G. A. E.; DIAS, M. B. K.; DIZ, M. D. P. E.; SANT'ANA, D. R.; NADANOVSKY, P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 21 jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-311X2018000600502&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2025.

MILLION WOMEN STUDY COLLABORATORS. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *The Lancet*, London, v. 362, n. 9382, p. 419-427, 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14065-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14065-2). Acesso em: 31 maio 2025.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD; INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. *Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de colon y recto* [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2017. Disponível em: <https://www.iets.org.co/2017/01/01/guia-de-practica-clinica-gpc-para-la-deteccion-temprana-diagnostico-tratamiento-seguimiento-y-rehabilitacion-de-pacientes-con-diagnostico-de-cancer-de-colon-y-recto/>. Acesso em: 5 out. 2025.

MORICE, P.; LEARY, A.; CREUTZBERG, C.; ABU-RUSTUM, N.; DARA, E. Endometrial câncer. *Lancet*, v. 387, n. 10023, p. 1094-1108, 12 mar. 2016. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00130-0.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Suspected cancer: recognition and referral* [Internet]. London: NICE, 2023. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>. Acesso em: 7 out. 2024.

NCCN CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN ONCOLOGY (NCCN GUIDELINES). Guidelines Version 2.2025 Hereditary Cancer Testing Criteria. Versão 2.2025, 7 nov. 2024.

NCCN CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN ONCOLOGY (NCCN GUIDELINES). Uterine Neoplasms. Version 1.2025 – 16 dez. 2024. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf.

NCCN CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN ONCOLOGY (NCCN GUIDELINES).

Ovarian Cancer Including Fallopian Tube Cancer and Primary Peritoneal Cancer. Version 3.2024 - July 15, 2024. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/ovarian.pdf.

NEES, L. K.; HEUBLEIN, S.; STEINMACHER, S.; JUHASZ-BOSS, I.; BRUCKER, S.; TEMPFER, C. B. et al. Endometrial hyperplasia as a risk factor of endometrial câncer. *Arch Gynecol Obstet.*, v. 306, n. 2, p. 407-421, ago. 2022. doi: 10.1007/s00404-021-06380-5.

OLAWAIYE, A. B.; CUELLO, M. A.; ROGERS, L. J. Cancer of the vulva: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 155, supl. 1, p. 7-18, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13881>.

OLAWAIYE, A. B.; HAGEMANN, I.; OTIS, C.; et al. AJCC Cancer Staging System for Cervix Uteri. Version 9. American College of Surgeons, 2020.

OONK, M. H. M. et al. European Society of Gynaecological Oncology Guidelines for the Management of Patients with Vulvar Cancer – Update 2023. *International Journal of Gynecological Cancer*, v. 33, n. 10, p. 979-1000, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/ijgc-2023-004515>.

OPTIMAL CARE PATHWAY FOR PEOPLE WITH COLORECTAL CANCER. [S.l.: s.n.], [20--]. Disponível em: <https://www.cancer.org.au/assets/pdf/optimal-care-pathway-for-people-with-colorectal-cancer>. Acesso em: 5 out. 2025.

PALUMBO, A. R.; FASOLINO, C.; SANTORO, G. et al. Evaluation of symptoms and prevention of cancer in menopause: the value of vulvar exam. *Translational Medicine UniSa*, v. 15, p. 74-79, 2016.

PEETERS, M.; LEROY, R.; ROBAYS, J.; VEEREMAN, G.; BIELEN, B.; CEELEN, W.; et al. *Colon cancer: diagnosis, treatment and follow-up. Good Clinical Practice (GCP)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2014.

RANTSHABENG, P. S.; MOYO, S.; MORAKA, N. O. et al. Prevalence of oncogenic human papillomavirus genotypes in patients diagnosed with anogenital malignancies in Botswana. *BMC Infectious Diseases*, v. 17, p. 731, 2017.

- RAKISLOVA, N.; CLAVERO, O.; ALEMANY, L. et al. Histological characteristics of HPV-associated and -independent squamous cell carcinomas of the vulva: a study of 1,594 cases. *International Journal of Cancer*, v. 141, p. 2517–2527, 2017.
- RAO, S.; GUREN, M. G.; KHAN, K.; BROWN, G.; RENEHAN, A. G.; STEIGEN, S. E.; et al. *Anal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*. *Annals of Oncology*, v. 32, n. 9, p. 1087–1100, set. 2021.
- SALOMÃO, R.; LOPES, A.; CONTIJO, R. C. Carcinoma de vulva: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 42, n. 6, p. 373–381, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714147>. Acesso em: 28 set. 2025.
- SELÇUK, İ.; DOĞAN, O.; BARUT, C. et al. Radical vulvectomy with right gluteal and left medial thigh V-Y advancement flap reconstruction. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, v. 22, p. 339–342, 2021. DOI: <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2020.2020.0055>.
- SERRANO, B.; DE SANJOSÉ, S.; TOUS, S. et al. Human papillomavirus genotype attribution for HPVs 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 and 58 in female anogenital lesions. *European Journal of Cancer*, v. 51, p. 1732–1741, 2015.
- SCOTTISH GOVERNMENT. *Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer* [Internet]. Edinburgh: Scottish Government, 2019. Disponível em: <https://www.cancer-referral.scot.nhs.uk/>. Acesso em: 7 out. 2024.
- SILVA, I. N. de C. J. A. G. da. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, 2021.
- THE INVESTIGATION of a new breast symptom. [S. l.: s. n.], [20--?]. 1 arquivo PDF.
- TIMMERMAN, Dirk et al. ESGO/ISUOG/IOTA/ESGE Consensus Statement on pre-operative diagnosis of ovarian tumors. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, v. 58, n. 1, p. 148-168, jul. 2021.
- US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for Ovarian Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, v. 319, n. 6, p. 588-594, 13 fev. 2018.

WHI STUDY GROUP. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, Chicago, v. 288, n. 3, p. 321-333, 2002. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195120>. Acesso em: 31 maio 2025.

XU, L.; SELK, A.; GARLAND, S. M. et al. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent vulval and vaginal cancer and their precursors. *Expert Review of Vaccines*, v. 18, p. 1157–1166, 2019.

ZAMWAR, Umesh M.; ANJANKAR, Ashish P. Aetiology, Epidemiology, Histopathology, Classification, Detailed Evaluation, and Treatment of Ovarian Cancer. *Cureus*, v. 14, n. 10, e30561, out. 2022.

Capítulo 14

ADLER, R. A. et al. Managing osteoporosis in patients on long-term bisphosphonate treatment: report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res.*, v. 31, n. 1, p. 16-35, 2016.

AGNUSDEI, D.; IORI, N. Raloxifene: results from the MORE study. *J Musculoskeletal Neuronal Interact.*, v. 1, n. 2, p. 127-132, 2000.

ALMEIDA, M. et al. Skeletal involution by age-associated oxidative stress and its acceleration by loss of sex steroids. *J Biol Chem.*, v. 282, n. 37, p. 27285-27297, 2007.

ANDERSEN, Arnold E. et al. Anorexia and Bulimia Nervosa in Women in Midlife and Beyond: A Critical Review. *Journal of Women's Health*, v. 23, n. 8, p. 604–612, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4694>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO ÓSSEA E OSTEOMETABOLISMO – ABRASSO. FRAX Brasil 2.0 [Internet]. [acesso em 05 fev. 2025]. Disponível em: <https://abrasso.org.br/instrucoes-frax-brasil/>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO ÓSSEA E OSTEOMETABOLISMO – ABRASSO. Quanto cálcio? [Internet]. [acesso em 07 fev. 2025]. Disponível em: <https://abrasso.org.br/campanha-quanto-calcio/>

BARRIONUEVO, P. et al. Efficacy of Pharmacological Therapies for the Prevention of Fractures in Postmenopausal Women: A Network Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab.*, v. 104, n. 5, p. 1623-1630, 2019.

BASS, S. L. et al. The effect of mechanical loading on the size and shape of bone in pre-, peri-, and postpubertal girls: a study in tennis players. *J Bone Miner Res.*, v. 17, n. 12, p. 2274-2280, 2002.

BISCHOFF-FERRARI, H. A. et al. A pooled analysis of vitamin D dose requirements for fracture prevention. *N Engl J Med.*, v. 367, n. 1, p. 40-49, 2012.

BLACK, D. M. et al. Effects of continuing or stopping alendronate after 5 years of treatment: the Fracture Intervention Trial Long-term Extension (FLEX): a randomized trial. *JAMA*, v. 296, n. 24, p. 2927-2938, 2006.

BLACK, D. M. et al. The effect of 3 versus 6 years of zoledronic acid treatment of osteoporosis: a randomized extension to the HORIZON-Pivotal Fracture Trial (PFT). *J Bone Miner Res.*, v. 27, n. 2, p. 243-245, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 07 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/o/osteoporose>. Acesso em: 07 ago. 2025.

BYUN, J. H. et al. The efficacy of bisphosphonates for prevention of osteoporotic fracture: an update meta-analysis. *J Bone Metab.*, v. 24, n. 1, p. 37-49, 2017.

CARDONA CORROCHANO, E.; PEREIRA IGLESIAS, A.; FRAILE NAVARRO, D.; LÓPEZ GARCÍA FRANCO, A. Sobrediagnóstico en la salud de la mujer: el caso de la

- osteoporosis. *Aten Primaria*, [S.l.], v. 50, supl. 2, p. 30-38, nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.008>.
- CAULEY, J. A. et al. Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density: the Women's Health Initiative randomized trial. *JAMA*, v. 290, n. 13, p. 1729-1738, 2003.
- CHAPURLAT, R. D. et al. Longitudinal study of bone loss in pre- and perimenopausal women: evidence for bone loss in perimenopausal women. *Osteoporos Int.*, v. 11, n. 6, p. 493-498, 2000.
- CONSENSO BRASILEIRO DE TERAPÊUTICA HORMONAL DO CLIMATÉRIO / editores Rogério Bonassi Machado, Luciano de Melo Pompei; editores associados Lucia Helena Simões da Costa Paiva et al. 3. ed. Barueri, SP: Alef Editora, 2024.
- COSMAN, F. et al. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int.*, v. 25, n. 10, p. 2359-2381, 2014.
- CUMMINGS, S. R. et al. The effects of tibolone in older postmenopausal women. *N Engl J Med.*, v. 359, n. 7, p. 697-708, 2008.
- DEMAY, M. B. et al. Vitamin D for the Prevention of Disease: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.*, v. 109, n. 8, p. 1907-1947, 2024.
- DOMICIANO, D. S. et al. Incidence and risk factors for osteoporotic vertebral fracture in low-income community-dwelling elderly: a population-based prospective cohort study in Brazil. The São Paulo Ageing & Health (SPA) Study. *Osteoporos Int.*, v. 25, n. 12, p. 2805-2815, 2014.
- EASTELL, R. et al. Pharmacological management of osteoporosis in postmenopausal women: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.*, v. 104, n. 5, p. 1595-1622, 2019.
- ERDÉLYI, Aliz et al. *The importance of nutrition in menopause and perimenopause: a review*. *Nutrients*, Basel, v. 16, n. 1, p. 1–21, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu16010027>.

- GARNERO, P. et al. Increased bone turnover in late postmenopausal women is a major determinant of osteoporosis. *J Bone Miner Res.*, v. 11, n. 3, p. 337-349, 1996.
- GIRGIS, C. M. Integrated therapies for osteoporosis and sarcopenia: from signaling pathways to clinical trials. *Calcif Tissue Int.*, v. 96, n. 3, p. 243-255, 2015.
- GODOS, J.; et al. *Alcohol Consumption, Bone Mineral Density, and Risk of Osteoporotic Fractures: A Dose-Response Meta-Analysis*. [journal details], 2022.
- HARTMANN-BOYCE, Jamie et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021, Issue 1. Art. No.: CD013990. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013990.pub2>. Acesso em: 07 ago. 2025.
- HOWE, T. E. et al. Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.*, n. 7, Art. No.: CD000333, 2011. DOI: [10.1002/14651858.CD000333.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000333.pub2).
- INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION. About Osteoporosis [Internet]. [acesso em 05 fev. 2025]. Disponível em: <https://www.osteoporosis.foundation.com>.
- IOM (INSTITUTE OF MEDICINE). *Dietary reference intakes for calcium and vitamin D*. Washington, DC: The National Academies, 2011.
- KANIS, J. Assessment of osteoporosis at the primary health-care level. WHO Scientific Group Technical Report, 2007.
- KANIS, J. A. et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int.*, v. 30, n. 1, p. 3-44, 2019.
- KAHWATI, L. C. et al. *Screening for osteoporosis to prevent fractures: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force*. JAMA, Chicago, v. 333, n. 6, p. 509-531, 11 fev. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2024.21653>. PMID: 39808441.

LEBOFF, M. S. et al. The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int.*, v. 33, n. 10, p. 2049-2102, 2022.

LIU, C. et al. Effects of combined calcium and vitamin D supplementation on osteoporosis in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Food Funct.*, v. 11, n. 12, p. 10817-10827, 2020.

MAEDA, S. S. et al. Brazilian Society of Endocrinology and Metabology (SBEM). Recommendations of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabology (SBEM) for the diagnosis and treatment of hypovitaminosis D. *Arq Bras Endocrinol Metabol.*, v. 58, n. 5, p. 411-433, 2014.

MANAGEMENT OF OSTEOPOROSIS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: The 2021 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, v. 28, n. 9, p. 973-997, 2021.

MANOLAGAS, S. C. Steroids and osteoporosis: the quest for mechanisms. *J Clin Invest.*, v. 123, n. 5, p. 1919-1921, 2013.

MARJORIBANKS, J. et al. Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.*, v. 1, n. 1, Art. No.: CD004143, 2017.

MORAES, L. et al. Gastos com o tratamento da osteoporose em idosos do Brasil (2008 – 2010): análise dos fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 17, n. 3, p. 719-736, 2014.

NATIONAL OSTEOPOROSIS GUIDELINE GROUP – UNITED KINGDOM. Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis, 2024.

NIH CONSENSUS DEVELOPMENT PANEL ON OSTEOPOROSIS PREVENTION, DIAGNOSIS, THERAPY. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *Journal of the American Medical Association*, v. 285, n. 6, p. 785-795, 2001.

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – OSTEOPOROSE [Internet]. [acesso em 07 fev. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>

- PEDRO, A. O.; PLAPLER, P. G.; SZEJNFELD, V. L. *Manual brasileiro de osteoporose: orientações práticas para os profissionais de saúde*. 1. ed. São Paulo: Editora Clannad, 2021.
- PINHEIRO, M. M. et al. Clinical risk factors for osteoporotic fractures in Brazilian women and men: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). *Osteoporos Int.*, v. 20, n. 3, p. 399-408, 2009.
- PINHEIRO, M.; EIS, S. R. Epidemiologia de fraturas pela osteoporose no Brasil: o que temos e o que precisamos. *Arq Bras Endocrinol Metabol.*, v. 54, n. 2, p. 164-170, 2010.
- RADOMINSKI, S. C. et al. Brazilian guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.*, v. 57, supl. 2, p. 452-466, 2017.
- RAISZ, L. G. Pathogenesis of osteoporosis: concepts, conflicts, and prospects. *J Clin Invest.*, v. 115, n. 12, p. 3318-3325, 2005.
- RECKER, R. et al. Characterization of perimenopausal bone loss: a prospective study. *J Bone Miner Res.*, v. 15, n. 10, p. 1965-1973, 2000.
- RYAN, M. R. et al. An IL-7-dependent rebound in thymic T cell output contributes to the bone loss induced by estrogen deficiency. *Proc Natl Acad Sci U S A.*, v. 102, n. 46, p. 16735-16740, 2005.
- SHANE, E. et al. Atypical subtrochanteric and diaphyseal femoral fractures: second report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res.*, v. 29, n. 1, p. 1-23, 2014.
- SHEPSTONE, L. et al. Screening in the community to reduce fractures in older women (SCOOP): a randomised controlled trial. *Lancet*, v. 391, n. 10122, p. 741-747, 2018.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM); SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA (SBPC). *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, v. 53, n. 6, Nov-Dez 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20170060>

- SYED, F.; KHOSLA, S. Mechanisms of sex steroid effects on bone. *Biochem Biophys Res Commun.*, v. 328, n. 3, p. 688-696, 2005.
- TANG, B. M. et al. Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: a meta-analysis. *Lancet*, v. 370, n. 9588, p. 657-666, 2007.
- WELLS, G. A. et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025, Issue 1, Art. No.: CD001155. DOI: 10.1002/14651858.CD001155.pub3.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Acesso em: 07 ago. 2025.
- YAO, P. et al. Vitamin D and Calcium for the Prevention of Fracture: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*, v. 2, n. 12, e1917789, 2019.
- ZERBINI, C. A. et al. Incidence of hip fracture in Brazil and the development of a FRAX model. *Arch Osteoporos.*, v. 10, p. 224, 2015.
- ZHU, L. et al. Effect of hormone therapy on the risk of bone fractures: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Menopause*, v. 23, n. 4, p. 461-470, 2016.

Capítulo 15

- BARNARD, N; KAHLEOVA, H; HOLTZ, D N; et al. A dietary intervention for vasomotor symptoms of menopause: a randomized, controlled trial. *Menopause*, v. 30, p. 80-87, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002080>.
- BEASLEY, J. M. et al. Protein intake and incident frailty in the Women's Health Initiative Observational Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 58, n. 6, p. 1063-1071, 2010.

- BEEZHOLD, B; RADNITZ, C; MCGRATH, R E; FELDMAN, A. Vegans report less bothersome vasomotor and physical menopausal symptoms than omnivores. *Maturitas*, v. 112, p. 12-17, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.03.009>.
- BIREME/OPAS/OMS. Efetividade clínica da acupuntura. Biblioteca Virtual em Saúde MTCT Américas, 2023. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/pt/efetividade-clinica-da-acupuntura/>. Acesso em: 7 jul. 2025.
- BIREME/OPAS/OMS. Efetividade clínica das práticas mente-corpo da Medicina Tradicional Chinesa. Biblioteca Virtual em Saúde MTCT Américas, 2023. Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/pt/efetividade-clinica-das-praticas-mente-e-corpo-da-medicina-tradicional-chinesa/>. Acesso em: 7 jul. 2025.
- BIREME/OPAS/OMS. Mapa de evidências: efetividade clínica da medicina antroposófica. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-49293>. Acesso em: 8 jul. 2025.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 60, de 10 de novembro de 2011. Dispõe sobre o funcionamento dos serviços de terapia nutricional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 nov. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdcoo60_10_11_2011.html. Acesso em: 9 dez. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Técnico Nacional de Vacinação do Adulto. Brasília: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/calendario-tecnico-nacional-de-vacinacao-do-adulto>. Acesso em: 11 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Evidência clínica das práticas integrativas e complementares em saúde na atenção à saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evidencia_clinica_praticas_complementares_saudemulher.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 136 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_pics_2ed.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf/view. Acesso em: 5 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/saude-da-mulher/publicacoes/manual-de-atencao-a-mulher-no-climaterio-menopausa>. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ação para Ampliação da Cobertura Vacinal. Brasília: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto971_03_05_2006.html. Acesso em: 6 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui novas práticas à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prto849_28_03_2017.html. Acesso em: 6 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2024. Brasília: MS, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf. Acesso em: set 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRITISH Gynaecological Cancer Society; BRITISH Menopause Society. Management of menopausal symptoms following treatment of gynaecological cancer. Disponível em: <https://www.bgcs.org.uk/wp-content/uploads/2024/09/BGCS-BMS-Guidelines-on-Management-of-Menopausal-Symptoms-after-Gynaecological-Cancer-09.09.24.pdf>. Acesso em: maio 2025.

CALIO, C L; SORPRESO, I C; ABI HAIDAR, M; MACIEL, G A; BARACAT, E C; SOARES, J M Jr. Physiotherapeutic approach in early and late post-menopausal Brazilian women. *Gynecological Endocrinology*, v. 29, n. 7, p. 670-673, 2013. DOI: <https://doi.org/10.3109/09513590.2013.788627>.

CEPAL. Acesso e uso de tecnologias digitais por mulheres na América Latina. Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. *Propedêutica mínima no climatério*. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS-N5-Maio-2022-portugues.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2025.

FIGO – INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Global health strategies for the prevention of postmenopausal osteoporosis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 156, suppl. 1, p. 55-69, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14189>.

FLOR-ALEMANY, M; MARÍN-JIMÉNEZ, N; COLL-RISCO, I; ARANDA, P; APARICIO, V A. Influence of dietary habits and Mediterranean diet adherence on menopausal symptoms. The FLAMENCO project. *Menopause*, v. 27, p. 1015-1021, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001574>.

HANDLEY, A. P; WILLIAMS, M. The efficacy and tolerability of SSRI/SNRIs in the treatment of vasomotor symptoms in menopausal women: a systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, v. 27, n. 1, p. 54-61, 2015.

HAQUE, R.; SHI, J.; SCHOTTINGER, J. E.; AHMED, S. A.; CHEETHAM, T. C.; CHUNG, J.; AVILA, C.; KLEINMAN, K.; HABEL, L. A.; FLETCHER, S. W.; KWAN, M. L. Tamoxifen and Antidepressant Drug Interaction in a Cohort of 16,887 Breast Cancer Survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 108, n. 3, djv337, 2015.

- HEMBREE, W. C. et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 102, n. 11, p. 3869–3903, 2017.
- HERBER-GAST, G C.; MISHRA, G D. Fruit, Mediterranean-style, and high-fat and sugar diets are associated with the risk of night sweats and hot flushes in midlife: results from a prospective cohort study. *American Journal of Clinical Nutrition*, v. 97, p. 1092-1099, 2013. DOI: <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.049965>.
- INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY (IMS). Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*, v. 24, n. 6, p. 572-595, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1912797>.
- LEON-FERRE, R. A.; NOVOTNY, P. J.; WOLFE, E. G. et al. Oxybutynin vs placebo for hot flashes in women with or without breast cancer: a randomized, double-blind clinical trial (ACCRU SC-1603). *JNCI Cancer Spectrum*, v. 21, pkzo88, 2019. DOI: 10.1093/jncics/pkzo88.
- LEDERMAN, S.; OTTERY, F. D.; CANO, A. et al. Fezolinetant for treatment of moderate-to-severe vasomotor symptoms associated with menopause (SKYLIGHT 1): a phase 3 randomised controlled study. *Lancet*, v. 401, p. 1091-1102, 2023. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)00085-5.
- LETHABY, A. E.; BROWN, J.; MARJORIBANKS, J.; KRONENBERG, F.; ROBERTS, H.; EDEN, J. Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, CD001395, 2007.
- MACHADO, R. B.; POMPEI, L. M. (eds.); PAIVA, L. H. S. C. et al. (eds. assoc.). *Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério*. 3. ed. Barueri, SP: Alef Editora, 2024. ISBN 978-65-81077-06-8.
- MELO, D A.; SABRA, A C.; ALVES, L M S.; MENEZES, M G M.; CARDOSO, M E C L.; MORBECK, M D C. Terapias complementares na redução de sintomas do climatério: ensaio clínico. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1–9, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/877902/terapias2301-7540-2-pb-1.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2025.

MEHRNOUSH, V. et al. Efficacy of complementary and alternative therapies for psychological symptoms of menopause: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Menopausal Medicine*, v. 27, n. 3, p. 115–131, 2021. Disponível em: <https://e-jmm.org/DOIx.php?id=10.6118/jmm.21022>. Acesso em: 9 jul. 2025.

NICE. Menopause: identification and management. NICE guideline. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>. Acesso em: jul. 2025.

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH (NCCIH). Menopausal symptoms and complementary health approaches: NCCIH Clinical Digest. Bethesda, MD: NIH, 2021. Disponível em: <https://www.nccih.nih.gov/health/providers/digest/menopausal-symptoms-and-complementary-health-approaches>. Acesso em: 7 jul. 2025.

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (NAMS). The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, v. 29, n. 7, p. 767-794, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002028>.

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (NAMS). The 2023 nonhormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, v. 30, n. 6, p. 573-590, 2023. DOI: [10.1097/GME.0000000000002200](https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002200).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Research on the Menopause in the 1990s: Report of a WHO Scientific Group*. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41841>. Acesso em: 9 mar. 2025.

PANDYA, K. J.; MORROW, G. R.; ROSCOE, J. A.; ZHAO, H.; HICKOK, J. T.; PAJON, E. et al. Gabapentin for hot flashes in 420 women with breast cancer: a randomized double-blind placebo controlled trial. *Lancet*, v. 366, n. 9488, p. 818-824, 2005.

PORTELLA, C F S; SORPRESO, I C E; ASSIS, A D S M de; ABREU, L C de; SOARES JÚNIOR, J M; BARACAT, E C; TANAKA, A C D A. Meditation as an approach to lessen menopausal symptoms and insomnia in working women undergoing the menopausal transition period: a randomized controlled trial. *Advances in Integrative Medicine*, v. 8, n. 4, p. 278-284, 2021.

- RADA, G.; CAPURRO, D.; PANTOJA, T.; CORBALÁN, J.; MORENO, G.; LETELIER, L. M.; VERA, C. Non-hormonal interventions for hot flushes in women with a history of breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 9, CD004923, 2010.
- REED, S D; LACROIX, A Z; ANDERSON, G L; ENSRUD, K E; CAAN, B; CARPENTER, J S; COHEN, L; DIEM, S J; FREEMAN, E W; JOFFE, H; LARSON, J C; MCCURRY, S M; MITCHELL, C M; NEWTON, K M; STERNFELD, B; GUTHRIE, K A. Lights on MsFLASH: a review of contributions. *Menopause*, v. 27, n. 4, p. 473-484, 2020. DOI: 10.1097/GME.0000000000001461.
- SAINT-MAURICE, P F.; TROIANO, R. P.; BASSETT, D. R. Jr; GRAUBARD, B. I.; CARLSON, S. A.; SHIROMA, E. J.; FULTON, J. E.; MATTHEWS, C. E. Association of daily step count and step intensity with mortality among US adults. *JAMA*, v. 323, n. 12, p. 1151-1160, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1382>.
- SIMONI, J. M. et al. Disparities in Physical Health Conditions Among Lesbian and Bisexual Women: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Journal of Homosexuality*, 2017; 64(1): 32–44.
- SILVA, A. M. R. da; SANTOS, S. V. M. dos; LIMA, C. H. F.; LIMA, D. J. P.; CRUZ, M. L. C. Saúde. *Fatores associados à prática de atividade física entre trabalhadores brasileiros*. *Saúde em Debate*, São Paulo, v. 42, n. 119, p. 952-964, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n119/952-964/>. Acesso em: 9 dez. 2025.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DO CLIMATÉRIO – SOBRAC. *Consenso Brasileiro de Terapia Hormonal no Climatério*. 2024.
- SORPRESO, ICS; VIEIRA, LH; CALIÓ, C; HAIDAR, MA; BARACAT, EC; SOARES JÚNIOR, JM. Health education intervention in early and late postmenopausal Brazilian women. *Climacteric*, v. 15, n. 6, p. 573-580, 2012. DOI: <https://doi.org/10.3109/13697137.2011.635915>.
- SIMON, J. A.; ANDERSON, R. A.; BALLANTYNE, E. et al. Efficacy and safety of elinzanetant, a selective neurokinin-1,3 receptor antagonist for vasomotor symptoms: a dose-finding clinical trial (SWITCH-1). *Menopause*, v. 30, p. 239-246, 2023. DOI: 10.1097/GME.0000000000002138.

- SOBRAL, B A B F N.; SILVA, R A.; SOUZA, C F Q.; ABRÃO, F M S.; COSTA, A M. Benefícios das práticas integrativas e complementares em saúde na qualidade de vida e nos sintomas de mulheres no climatério: revisão sistemática. *Saúde em Debate*, v. 48, spe. 2, e9321, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E29321P>. Acesso em: 7 jul. 2025.
- SOLEYMANY, M; SIASSI, F; QORBANI, M; et al. Dietary patterns and their association with menopausal symptoms: a cross-sectional study. *Menopause*, v. 26, p. 365-372, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001245>.
- VALENTI, V E; CHAGAS, A D S; CHEDRAUI, P; SOUZA, I S de; PORTO, A A; SORPRESO, I C E; SOARES JÚNIOR, J M; ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J; GARNER, D M; RAIMUNDO, R D. Effect of combined aerobic exercise and resistance training on postmenopausal women with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Gynecological Endocrinology*, v. 41, n. 1, p. 2450338, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1080/09513590.2025.2450338>.
- WOMEN'S HEALTH INITIATIVE (WHI). Biomarker-calibrated dietary energy and protein intake associations with diabetes risk among postmenopausal women from the Women's Health Initiative. *American Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 102, n. 3, p. 759-766, 2015. DOI: 10.3945/ajcn.115.110473. Acesso em: 14 set. 2025.
- WORLD BANK. The Digital Gender Divide: Women in Latin America and the Caribbean in the Digital Era. Washington, DC: World Bank, 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/92455>. Acesso em: 9 dez. 2025.
- WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People — Version 8. *International Journal of Transgender Health*, v. 23, supl. 1, p. S1–S259, 2022.



**Ouv
SUS 136**
Ouvidoria-Geral do SUS

